UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1955 — N° 17

LES CLUBS PSYCHOTHÉRAPIQUES

ÉTUDE MÉDICO-JURIDIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Février 1955

PAR

Philippe RAPPARD

LAURÉAT DE LA FACULTÉ
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à Neuilly-sur-Seine (Seine), le 3 Septembre 1927.

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
PIÉCHAUD, professeur..... — *Juges*
DUBARRY, professeur..... — *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé..... — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547309_0028

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1955 — N° 17

LES CLUBS PSYCHOTHÉRAPIQUES

ÉTUDE MÉDICO-JURIDIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Février 1955

PAR

Philippe RAPPARD

LAURÉAT DE LA FACULTÉ
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à Neuilly-sur-Seine (Seine), le 3 Septembre 1927.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
PIÉCHAUD, professeur..... — *Juges*
DUBARRY, professeur..... — *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé..... — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1955

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J.TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE

	MM.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER, QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN, LENG-LÉVY, MORETTI, LAVIGNOLLE
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DEPAULIS
Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGÈRE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER, PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Avec toute mon affection.

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT
DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS MAITRES DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES :

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DE BOUCAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR PERROT

MADAME LE DOCTEUR AGNÈS MASSON

Avec l'expression de notre très respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI EY

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS

MÉDECIN-CHEF

DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE BONNEVAL (EURE-ET-LOIR)

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a inspiré ce travail et dont nous avons le grand honneur d'être l'interne.

Qu'il trouve ici la modeste expression de notre admiration et de notre reconnaissance pour son enseignement inestimable.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BERGOUIGNAN

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CROIX DE GUERRE

OFFICIER D'ACADÉMIE

Qu'il veuille trouver ici l'hommage de notre profonde reconnaissance pour sa bienveillance à notre égard.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-J. DUBARRY

PROFESSEUR D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET CLIMATOLOGIE

MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PIÉCHAUD

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

FELLOW IN THE AMERICAN COLLEGE OF THE CHEST PHYSICIANS

En témoignage de notre profond respect.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Il a été notre premier Maître en Psychiatrie, et la vigueur originale de son enseignement nous a fait comprendre le passionnant intérêt de cette discipline.

Qu'il trouve ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

LES CLUBS PSYCHOTHÉRAPIQUES
ÉTUDE MÉDICO-JURIDIQUE

INTRODUCTION

Si la loi de 1838 se préoccupe essentiellement de l'internement de l'aliéné et de la protection de ses biens, elle ne fait peser sur lui aucune incapacité. Un aliéné majeur, interné non interdit, jouit de toute sa capacité civile et ses actes ne sont pas nuls mais seulement annulables dans la mesure où ils auraient pu lui porter préjudice et sous condition de fournir la preuve de la « démence » ou mieux du non-consentement au temps de l'action.

Cet état de droit a permis, dans les hôpitaux psychiatriques, la constitution de Clubs de malades, où ces derniers organisent leur vie sociale, forment des groupes, vivent leur émancipation par rapport aux autorités de tutelle administratives et médicales.

Car c'est vers cette émancipation éminemment favorable aux thérapeutiques de groupe que visent les Clubs maniés par les médecins comme des instruments thérapeutiques.

Ces Clubs, pour être vraiment efficaces dans l'hôpital psychiatrique en vue de la réadaptation sociale des malades à l'extérieur, durent se constituer sous forme d'Associations régies par la loi du 1er juillet 1901. Cette structure légale leur permettait de posséder et de durer et en faisait des institutions thérapeutiques réelles qui pouvaient s'articuler avec les organismes de prévention et de post-cure. Les Clubs devenaient ainsi le complément indispensable

des organisations d'hygiène mentale tout en faisant partie intégrante de « l'arsenal thérapeutique » psychiatrique.

Les quelques réalisations que nous allons étudier en les situant dans l'état actuel des choses, ont du reste rencontré de nombreuses résistances de la part des organismes administratifs pour pouvoir se constituer.

Dans une première partie, nous étudierons l'élaboration de la notion de Club du point de vue thérapeutique et juridique, et dans une seconde partie nous décrirons les principales réalisations.

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉLABORATION MÉDICO-JURIDIQUE DES CLUBS

Chapitre premier. — Historique.

Chapitre II. — Psychopathologie et Sociothérapie.

Chapitre III. — Les psychothérapies de groupe et les Clubs en face des structures traditionnelles.

Chapitre IV. — La réadaptation sociale et les Clubs dans le cadre de la loi du 1er juillet 1901.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'élaboration de la notion de Club.

1° Des précurseurs du XIX[e] siècle à la passivité thérapeutique.

2° Les conceptions de Hermann SIMON ou la thérapeutique plus active à l'hôpital.

3° L'assistance psychiatrique extra-hospitalière.

4° La notion d'Hygiène mentale ou le pont jeté entre l'assistance psychiatrique hospitalière et extra-hospitalière.

5° Les conceptions américaines ou la « Group psychotherapy ».

6° La formule anglaise : les Clubs sociaux thérapeutiques.

CONCLUSION. — Intégration de tous ces aspects dans la notion de Club.

HISTORIQUE
L'ÉLABORATION DE LA NOTION DE CLUB

I. — DES PRÉCURSEURS DU XIXe SIÈCLE A LA PASSIVITÉ THÉRAPEUTIQUE

Si la première pierre de la psychothérapie collective, comme y insistent tous les auteurs, a été posée par Esquirol [41] qui disait vers 1822 : « Une maison d'aliénés est un instrument de guérison entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales », si Bouchet [14] fut un prophète en fixant les principes de l'occupation des malades dans un mémoire publié dans les *Annales médico-psychologiques* de 1848, si Lasègue, Trélat, Mercier essayèrent, tout au long des premières années des *Annales médico-psychologiques,* de systématiser leurs notions diffuses de psychothérapie collective, il n'en reste pas moins que la psychiatrie, après cette période de préoccupation thérapeutique, entra dans une ère nosologique peu propre aux traitements actifs. Parchappe, déjà en 1848, était hostile à l'occupation des aliénés, et il lui paraissait « peu regrettable que les usages et les lois de la France soient un obstacle à l'introduction de l'industrie typographique dans les établissements d'aliénés ».

Puis les conceptions kraepeliniennes, en opposant à la psychose maniaque dépressive curable les démences précoces incurables, contribuèrent largement à ancrer davantage

un immobilisme thérapeutique en psychiatrie. On alla même jusqu'à vouloir créer à l'époque deux catégories d'établissements : ceux destinés à recevoir les curables et ceux destinés à conserver les chroniques.

Il fallut attendre le Congrès de Genève de 1926 pour que Ladame et Demay [57], étudiant le problème de l'utilisation du travail des aliénés, donnent un regain d'actualité aux thérapeutiques collectives. En 1929, Hermann Simon [80], dans son ouvrage classique : « Traitement plus actif des malades à l'asile d'aliénés », rejeta définitivement le pessimisme thérapeutique qui avait caractérisé la fin du XIX^e^ siècle. Il réussit à créer en psychiatrie un nouveau climat. Comme le disait Bonfiglio [11] à la V^e^ réunion européenne d'Hygiène Mentale de Munich, en 1938 : « Hermann Simon a ancré profondément dans la mentalité psychiatrique « la conviction féconde de la *curabilité* » des maladies mentales ». Et ce climat, ajoute-t-il, n'est certes pas étranger au développement du courant idéologique d'où sont sorties les cures modernes de la schizophrénie. Il est du reste assez significatif que le rapport de Ladame et Demay soit contemporain de la notion de schizophrénie qui, en remettant en question la notion de démence, libérait l'aliéné et l'aliéniste de la notion d'affaiblissement irréversible des facultés psychiques (Minkowski).

II. — LES CONCEPTIONS D'HERMANN SIMON OU LA THÉRAPEUTIQUE PLUS ACTIVE A L'HOPITAL

Simon fut donc le premier psychiatre à proclamer explicitement que l'application au travail est le meilleur moyen psychothérapique pour guérir les maladies mentales. Il étudia systématiquement et rationnellement cette méthode en fonction des différents types de maladies mentales. A l'hôpital psychiatrique de Gutersloh, il organisa l'ergo-

thérapie d'une façon très systématique pendant quinze ans. Les psychiatres virent alors dans cette méthode le seul moyen de sortir de l'inactivité thérapeutique et ils commencèrent à mener une lutte active contre les manifestations morbides des malades mentaux.

Simon a ainsi défini les principes fondamentaux de ce plan thérapeutique : « Les trois maux dont sont menacés nos malades mentaux dans un hôpital et contre lesquels notre thérapeutique doit lutter sans arrêt sont : l'*inaction*, l'*ambiance défavorable de l'hôpital* et le *préjugé d'irresponsabilité* ».

Le but principal de la « thérapeutique plus active » doit être :

1° D'appliquer au travail les malades mentaux;

2° D'améliorer le plus possible l'ambiance de l'hôpital;

3° De pratiquer la *rééducation curative* du malade en partant de ce principe : que « la phrase — les aliénés sont irresponsables de leurs actes et de leur état — doit être entièrement et catégoriquement révisée et considérée comme entièrement fausse ». Les malades de l'esprit doivent être tenus pour responsables de leurs faits et gestes dans l'hôpital, comme s'ils n'étaient pas atteints de maladie mentale.

Bonfiglio fait remarquer que, dans la réalisation de ce plan thérapeutique, Simon est encore guidé par trois autres considérations fondamentales :

1° Dans le psychisme de chaque malade existe, à côté d'une partie malade, une partie saine, et le psychiatre doit intentionnellement négliger la première pour ne pas attirer dessus l'attention du malade...

2° Chez chaque aliéné, à côté des symptômes, se trouvent d'autres manifestations psychiques, parmi lesquelles il faut spécialement citer celles qui ont un caractère antisocial, qui, étant plutôt conditionnées par l'ambiance et en rapport avant tout avec la personnalité prémorbide de l'aliéné, peuvent être favorablement influencées par l'ergothérapie...

3° Que la psychologie d'un aliéné, spécialement en ce qui regarde son attitude antisociale, peut être comparée à la psychologie d'un enfant, et qu'en conséquence la rééducation psychothérapeutique et l'ergothérapie doivent être effectuées selon une méthode spécifiquement pédagogique.

La psychothérapie est donc rapprochée d'une éducation dont la conception est essentiellement réflexologique. Son but étant l'édification d'un milieu hiérarchisé où le malade s'intégrera, il conviendra donc pour cela de donner des conséquences favorables aux conduites socialement adaptées et des conséquences défavorables aux conduites non adaptées.

H. Simon considère ainsi que l'ergothérapie n'est contre-indiquée dans aucun cas et qu'elle doit atteindre tous les malades sans exception.

Dans ce plan systématique d'organisation du travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique, « les travaux seront classés en une série de catégories selon leur niveau de difficultés, le but du médecin étant de faire gravir cette échelle au malade ».

D'autre part, une idée intéressante de Simon et sur laquelle Daumezon [25] a très fortement insisté, consiste à « considérer chaque groupe : l'équipe, le pavillon, voire l'asile, comme un être en soi susceptible de présenter une maladie. Il convient d'étudier le phénomène global de cette maladie pour y porter remède. »

Paumelle [70], dans sa thèse, a étudié, s'inspirant de ces conceptions, la guérison des quartiers d'agités dans différents établissements psychiatriques, guérison qui amorça le renouvellement de l'ambiance dans ces hôpitaux.

On peut donc dire que, d'après Simon, l'ergothérapie est une thérapeutique psychique qui ne doit pas être appliquée isolément, mais qui doit former une partie d'*un plan psychothérapeutique global,* que lui-même a appelé la « thérapeutique plus active des maladies mentales ».

Si l'on peut considérer comme sujets à caution certains principes de Simon (comme par exemple la reconnaissance de la responsabilité du malade pour tous ses actes dans l'hôpital, ou bien la mise de côté systématique de la partie morbide du psychisme, ou encore l'application de la thérapeutique par le travail à la totalité des malades), et si

toute une partie de l'exposé doctrinal d'Hermann Simon est en opposition avec la presque totalité des conceptions psychologiques contemporaines, il n'en reste pas moins que son œuvre est le fondement de l'assistance psychiatrique nouvelle. Et Gaupp [43], en 1938, étudiant le développement de la psychiatrie allemande, faisait remonter à Simon le mouvement qui tend à considérer le travail rationnel et une discipline médicale stricte comme les moyens les meilleurs pour humaniser les asiles et améliorer l'état des malades, en mettant le médecin au centre de la thérapeutique.

Tandis que les travaux d'Hermann Simon résument les conceptions de l'école allemande à l'époque, le rapport de Ladame et Demay résume l'expérience franco-suisse de tout un siècle. D'accord avec H. Simon, les auteurs scandinaves appliquent la thérapeutique par le travail dans leurs établissements et Van der Scheer [78], par exemple, dans ses « principes d'initiation à la thérapeutique par le travail » (1934), insiste sur la nécessité, lorsque la thérapeutique de la phase aiguë est terminée et que le malade encore inadapté à la vie normale est menacé de récidive, de ne pas l'abandonner à la vie oisive des chroniques de l'asile, mais de le ramener par tous les moyens à la collaboration sociale.

III. — KOLB ET LA NOTION D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE

En 1908, Kolb avait posé les principes de l'assistance psychiatrique extra-hospitalière. Bonfiglio [11] fait remarquer que ces principes sont les mêmes que ceux sur lesquels se fonde l'ergothérapie, c'est-à-dire que, d'une part, il existe dans chaque malade mental des symptômes qui dépendent directement du processus pathologique et sur lesquels la psychothérapie est sans action, et, d'autre part, des

symptômes dépendant indirectement du processus morbide, et dans la genèse ou l'aggravation desquels l'ambiance de l'hôpital et l'inaction jouent un rôle très important. « Pour atteindre le même but, dit-il, l'assistance extra-hospitalière, contrairement à l'ergothérapie proposée par Simon qui suit son plan psychothérapeutique à l'intérieur de l'hôpital, cherche à éloigner le malade le plus tôt possible de l'hôpital et à le réadapter directement à la vie libre, en dehors de l'hôpital ».

L'assistance psychiatrique extra-hospitalière n'est donc pas en contradiction avec l'ergothérapie : ces deux méthodes se complètent mutuellement. Ces principes sont également ceux de l'hygiène mentale. C'est ainsi que Répond [75], dans une série de publications sur « Les bases scientifiques de l'hygiène mentale », sur « Les problèmes scientifiques et pratiques communs à l'hygiène mentale et à la psychiatrie », montre combien les altérations de la fonction sociale donnent aux troubles mentaux une importance particulière et à la psychiatrie les responsabilités les plus lourdes.

IV. — LA NOTION D'HYGIÈNE MENTALE OU LE PONT JETÉ ENTRE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE HOSPITALIÈRE ET EXTRA-HOSPITALIÈRE.

Le vocable « Hygiène mentale », dit Belay [4], est apparu pour la première fois aux Etats-Unis en 1843. Les auteurs américains le définirent ultérieurement en ne limitant pas la psychiatrie à l'étude de la seule aliénation mentale, mais en étendant son champ au domaine des sciences sociales. En 1880, l'Association des Neurologues et des Assistantes sociales créait la première ligue « pour la protection des aliénés et la prévention de la folie ». Puis c'est dans l'Etat de Connecticut que naît, en 1908, la première Société d'Hygiène mentale. Cliffort W. Beers,

jusqu'en 1943, organisera l'assistance psychiatrique préventive. La première guerre mondiale fit accomplir de grands progrès dans ce domaine aux Etats-Unis. En 1919, le Congrès National des « Social Workers » est consacré à l'adaptation sociale envisagée comme un problème psychiatrique. Les problèmes de l'adaptation sont alors considérés du triple point de vue psychiatrique, psychologique et social. En France, il faut attendre, en 1920, l'initiative de Toulouse pour voir mettre en pratique les notions nouvelles d'Hygiène mentale. Toulouse, alors, crée la « Ligue française d'Hygiène mentale » et l'hôpital Henri-Rousselle, établissement consacré exclusivement à la prophylaxie mentale.

Mais, tandis que les notions d'hygiène mentale pénétraient en France, le surpeuplement des hôpitaux psychiatriques rendit très difficile, de 1920 à 1940, toute tentative de thérapeutique collective des malades mentaux. Le dernier travail français s'occupant des thérapeutiques collectives dans les hôpitaux psychiatriques fut celui de J. Mans [59] dans l'*Aliéniste français,* en 1937, qui envisageait la question essentiellement sous l'angle du travail thérapeutique. Il est donc bien évident qu'en France, comme y insiste Daumezon [25], les fondements de la psychothérapie collective n'ont guère varié pendant un siècle, et qu'ils ont été surtout polarisés sur l'utilisation du travail comme moyen thérapeutique collectif. Si la révolution psychopathologique du début du siècle a fortement contribué à édifier, dans une perspective psychothérapeutique, la psychiatrie, c'est surtout les apports anglo-américains qui ont donné à nos thérapeutiques collectives actuelles leur aspect le plus caractéristique.

V. — LES CONCEPTIONS AMÉRICAINES : LA « GROUP PSYCHOTHERAPY »

Bernard [7] insiste sur le fait qu'en tant que technique psychiatrique la psychothérapie de groupe est une technique récente qui a été mise au point essentiellement par les auteurs anglo-américains (Klapmann, 1946 [52], R. Brunner, Moreno, Slavson, etc.), mais que ces auteurs citent constamment, à l'appui de leurs travaux, Déjerine et ses élèves, Camus et Pagniez qui sont les auteurs chez lesquels se trouvent les premiers germes de la psychothérapie collective [1]. Cependant, ce n'est qu'en 1905 que Joseph H. Pratt, de Boston, organisa méthodiquement des séances de psychothérapie collective en donnant des conseils hygiéniques collectifs à des malades atteints de tuberculose pulmonaire.

Pratt introduisit donc la méthode des « classes », et il fut impressionné par l'influence des attitudes mentales sur la rapidité et la qualité de la guérison dans les maladies somatiques. Les « classes » du Docteur Pratt, fait remarquer Slavson [92], visaient à modifier les attitudes qui faisaient obstacle à la guérison physique. Pour ce faire, il tenait aux malades des discours éloquents qui les arrachaient à leur inertie, à leur introspection et à leur apitoiement sur eux-mêmes. Les malades qui avaient fait quelques progrès étaient transférés aux premiers rangs et, finalement, étaient admis à siéger sur l'estrade avec les médecins. C'étaient les malades de choc. Pratt n'utilisait pas le groupe dans un but spécifiquement psychothérapeutique, c'était un accessoire du traitement médical, et il ne constituait pas une fin en soi, il visait simplement à entraîner le psychisme et à contribuer au rétablissement physique.

---

(1) Déjerine. — Les psycho-névroses et leur traitement par la psychothérapie, 1904.

Toujours à Boston, Emerson étendit, en 1908, cette méthode à d'autres affections somatiques en soumettant à des séances de psychothérapie collective des diabétiques et des cardiaques, puis cette méthode finit par s'étendre à la plupart des affections psychosomatiques.

En 1908, Marsh [60] essaya d'utiliser d'une façon systématique et scientifique l'ambiance et les sentiments collectifs dans le traitement des affections mentales. L'Institution pour malades mentaux devait être considérée, d'après lui, beaucoup plus comme une école que comme un hôpital. Le malade mental devait être considéré non comme un malade, mais comme un étudiant ou un écolier.

Ainsi, en 1933, l'*American Psychiatric Association* se posait le problème de la psychothérapie dans les institutions publiques de soins aux malades mentaux, et en 1936 Wender [102] appliquait ces méthodes pour l'ensemble des malades d'un établissement psychiatrique privé. Il finit par appliquer la méthode à des groupes plus petits, et il se basa sur des concepts psychanalytiques.

Il est bien évident, en effet, que l'on ne comprend bien la genèse des psychothérapies de groupe qu'en les situant par rapport à la psychanalyse qui montre d'une façon schématique les rapports du moi et des autres et révèle les différentes étapes du développement de la personnalité par rapport à l'environnement.

La psychologie d'Adolph Meyer joua également, en Amérique, un grand rôle dans la compréhension et le perfectionnement des techniques psychothérapiques de groupe. Meyer, considérant que l'adaptation sociale ne relève pas d'un organe particulier mais de l'intégration totale de la personnalité, c'était le comportement total de l'individu qui devait être continuellement envisagé dans l'étude de ses réactions avec le milieu.

Mais c'est surtout pendant la guerre de 1939-1945 que la psychothérapie de groupe prit de l'extension dans les pays anglo-saxons. Les travaux de Howard P. Rome (1944) [76],

de Nathan W. Ackerman (1946) [1], de Robert A. Cohen (1947) [14], etc. expriment ces réalisations. C'est surtout dans l'armée américaine que ces thérapeutiques de groupe prirent de l'importance, car elles étaient à la base du problème de la « réhabilitation des vétérans ».

En 1946, J. M. Klapman [52] consacrait un livre au traitement des psychoses dans les milieux hospitaliers par la méthode d'enseignement ou de « classes », et Donald M. Hamilton [47] écrivait également que le traitement hospitalier devait être une occasion d'éduquer le psychotique.

En 1950, S. R. Slavson [92] publiait son livre sur les psychothérapies analytiques de groupe chez les enfants, les adolescents et les adultes.

VI. — LES CLUBS SOCIAUX THÉRAPEUTIQUES

Tandis qu'en Amérique, depuis J. H. Pratt, de Boston, on employait « la méthode des classes » dans le traitement des affections psychosomatiques puis dans le traitement des psychoses, la notion de « club social thérapeutique » s'élaborait en Angleterre, avec J. Bierer [3], pour le traitement des malades internés ou ceux en cure libre. L. Marchand analyse ainsi l'ouvrage que Bierer consacra en 1948 aux clubs sociaux thérapeutiques : « L'idée d'une thérapeutique sociale au moyen de clubs est née en 1938. Intéressant d'abord les malades hospitalisés et atteints de psychoses et de névroses aiguës, l'utilité de ces clubs devint rapidement manifeste. De nouveaux clubs ont été ouverts pour les sujets hospitalisés atteints de psychoses chroniques et pour ceux qui, non hospitalisés, sont atteints de névrose, pour les arriérés traités dans les colonies, pour les enfants indisciplinés, pour les hommes mal adaptés à leur travail. Ces clubs ont non seulement une action thérapeutique, mais aussi diagnostique et prophylactique ». Nous empruntons au livre de S. R. Slavson [92], le résumé des expériences

de clubs sociaux thérapeutiques de E. B. Strauss, A. Strom-Olsen et J. Bierer [93] :

1° Quelques malades sont placés dans des hôpitaux d'aliénés parce qu'ils sont un danger pour eux-mêmes et pour la société. La responsabilité de ceux qui dirigent ces hôpitaux est grande, d'où vient la réticence à laisser partir trop vite les malades. Plus ils restent à l'hôpital, moins leur vie devient normale. Dans quelques cas, moins leur vie est normale, plus leur état empire. Le Club social est un moyen bien venu de rompre ou même d'éviter ce cercle vicieux.

2° La honte qui parfois grève si lourdement la vie du malade, qu'il soit à l'hôpital d'aliénés ou qu'il en soit sorti. A ce fait, le Club social est un antidote heureux et aide à écarter la barrière entre l'homme qui est ou a été malade et celui qui n'a pas eu cette malchance.

3° Beaucoup de personnes qui ont eu des accidents mentaux manquent de liberté d'action, d'initiative et de sens des responsabilités. Le Club social leur donne une occasion d'exercer une initiative et d'endosser des responsabilités.

4° Il y a un nombre énorme de malades présentant des difficultés d'adaptation sociale parmi ceux qui sont soignés dans les consultations hospitalières et qui échouent dans les hôpitaux psychiatriques. Le Club social constitue un des moyens les plus faciles pour vaincre ces difficultés d'adaptation.

5° Le problème de chaque thérapeute de notre temps est de savoir comment appliquer les découvertes de la psychothérapie moderne au traitement de groupes importants. Le Club social représentant une partie d'un système plus vaste de psychothérapie de groupe semble être une solution pleine d'avenir.

En ce qui concerne les groupes de psychosiques, Slavson fait remarquer que les buts poursuivis sont l'activation et l'éducation sociale dans le sens le plus large du terme. Les groupes servent à faire sortir le psychotique de sa demi-torpeur, à lui procurer une raison pour vouloir s'améliorer et à éveiller l'intérêt pour certains aspects de la réalité.

Le récent travail de P. Bernard [8] sur la réadaptation sociale dans les hôpitaux psychiatriques en Angleterre et en Ecosse, présente un tableau vivant de ces clubs dans les différents hôpitaux, qu'il s'agisse des clubs d'anciens malades, des clubs de malades à l'intérieur des départements d'*occupational therapy* ou qu'il s'agisse, comme à

la Tavistock clinique de Londres, de thérapeutique de groupe pour malades non hospitalisés et, enfin, comme à l'hôpital Belmont, du traitement des névroses avec invalidité de travail. Mais, dit Bernard : « En Angleterre, les techniques de sociothérapie sont l'objet d'une soigneuse mise au point et ont déjà atteint un degré d'organisation qui a complètement transformé le climat de l'hôpital mental anglais. Elles sont beaucoup moins bien organisées en France, et n'ont fait l'objet, dans nos hôpitaux psychiatriques, que d'essais qui ont rencontré les plus vives résistances ».

En France, l'histoire des clubs s'inscrit dans le vaste mouvement de psychothérapie collective, de type institutionnel, destiné à revaloriser les malades et que les Docteurs Bernard, Bonnafé, Daumezon, Ey, Fouquet, Le Guillant, Sivadon, Tosquelles, etc. ont particulièrement prôné (*cf.* Journées psychiatriques de Paris, 1945-1947; Symposium sur les psychothérapies collectives, Bonneval, 1951).

CONCLUSION

L'évolution parallèle de l'Hygiène mentale et des psychothérapies de groupe, jointe à la nécessité d'utiliser l'hôpital psychiatrique comme instrument thérapeutique actif, a donc abouti à la constitution de clubs où les malades, groupés autour des médecins, organisent eux-mêmes leurs activités collectives dans le but d'une réadaptation sociale. La notion de club a donc fini par intégrer l'ergothérapie et la sociothérapie dans une institution thérapeutique greffée sur l'hôpital et ouverte sur la vie extérieure.

CHAPITRE II

Psychopathologie et Sociothérapie

A. — Les clubs et la phénoménologie du « nous ».

1° Impossibilité pour les aliénés de se concevoir comme « nous-objet »;

2° La néosociabilité des malades mentaux et l'image d'autrui en psychopathologie;

3° La notion de schizophrénie et la notion de « pensée à l'état naissant »;

4° Possibilité pour les malades mentaux de concevoir un « nous-sujet ».

B. — Les malades mentaux et les clubs.

1° Le besoin d'encadrement des malades mentaux;

2° Nécessité d'encadrer les thérapeutiques biologiques par les thérapeutiques institutionnelles;

3° Service de cure et clubs. Intérêt psychosociologique des clubs;

4° Comparaison avec la réadaptation sociale des tuberculeux.

PSYCHOPATHOLOGIE ET SOCIOTHÉRAPIE

A. — LES CLUBS ET LA PHÉNOMÉNOLOGIE DU « NOUS »

1° Impossibilité pour les aliénés de se concevoir comme « nous-objet ». — G. Dumas [34] faisait remarquer dans une communication à la Société de Psychologie, en 1909, que l'on pouvait parcourir les *Annales médico-psychologiques* pour y chercher des récits de révoltes d'aliénés, et que l'on y en trouverait fort peu. Toutes celles qui se sont produites ont été menées la plupart du temps par des alcooliques guéris, par de mauvais sujets dont la place n'était plus à l'asile, parfois par des aliénés systématiques, et passivement exécutées par des débiles.

Les malades mentaux peuvent ainsi difficilement former ce que Sartre appelle un « nous-objet ». Les malades mentaux assistés ne peuvent pas former une « classe » opprimée par une classe opprimante. Ils sont trop isolés dans ce que Ch. Blondel [9] appelle le « psychologique pur » pour pouvoir former une classe de psychopathes et construire ou reprendre une théorie de l'oppression. Même les quérulents et les paranoïaques ne revendiquent qu'à titre isolé.

Ce n'est que dans la mesure où les aliénés éprouveraient la honte d'un « nous-objet » qu'ils pourraient retrouver une « conscience collective ». Mais l'épreuve du nous-objet, dit Sartre, suppose celle de l'être pour autrui, dont elle n'est qu'une modalité plus complexe. Or, le malade mental a peu « d'être-pour-autrui ». L'isolement matériel et moral dans lequel vivent entre eux les psychopathes constitutionnels est bien connu des aliénistes. C'est dans ce sens

que la mentalité morbide se distingue, pour Ch. Blondel, non seulement de la mentalité normale, mais aussi de la mentalité primitive. « La mentalité primitive, dit-il (p. 377) est en effet une mentalité collective. Au contraire, les manifestations morbides par lesquelles la vie mentale du psychopathe se distingue de la nôtre, malgré les analogies qu'elles peuvent présenter entre elles, n'arrivent jamais à constituer en fait quoi que ce soit qui ressemble à une mentalité collective. »

Or, Dumas [34] avait eu l'occasion de suivre à Sainte-Anne, en 1909, une tentative faite par un déséquilibré excité pour constituer une Société amicale d'aliénés dont la devise devait être : « l'asile aux aliénés ». Pour Dumas, deux choses y sont à noter : d'abord, le promoteur n'a recruté l'adhésion momentanée que de déments et de débiles, ensuite le programme de sa Société est, dit-il, absurde, mais il n'a aucun rapport avec les idées délirantes habituellement observées dans les asiles : il s'agit de fournir aux malades les soins et les distractions nécessaires et de placer les aliénés libérés. C'est un programme mutualiste calqué sur celui des Sociétés qui se constituent entre normaux. Voici, tel que le relate Dumas, le programme de cette association : « la Société, exclusivement composée d'anciens aliénés et d'aliénés, prend le titre de Société Amicale des Aliénés; elle a pour objet de soigner les malades, de s'occuper des libérés et de les placer. Son siège provisoire est à l'Asile Sainte-Anne. La Société s'occupera de recruter les meilleurs infirmiers et les meilleurs médecins; elle procurera aux aliénés des cours, des conférences, des concerts et des spectacles ». « Oserai-je ajouter, dit Dumas, que d'après l'article 16, la présente Société est mise sous le haut patronage de M. le Docteur Dumas, Chef de Laboratoire à l'Asile Sainte-Anne, service de la Clinique ! » Notons en passant que la structure et le programme de cette association correspondent à ceux des clubs actuels (tant par le désir d'occuper et de divertir les malades que

par celui de mettre le médecin au centre de la thérapeutique), et que cette initiative était contemporaine des premières réalisations américaines. Maréchal, l'aliéné qui l'avait fondée, peut être ainsi considéré comme un précurseur. Sa tentative a été un échec, parce que les aliénés se retranchent généralement de la collectivité et qu'ils se montrent incapables de contribuer à la constitution d'une collectivité quelconque s'ils n'y sont pas aidés par les médecins. La mentalité morbide est, en effet, apparemment une mentalité aberrante et asociale.

2° La notion de néosociabilité des malades mentaux et l'image d'autrui en psychopathologie. — Cependant, comme le fait remarquer G. Dumas, l'aliéné n'a pas complètement perdu les facultés de concordance et d'adaptation de ses jugements, raisonnements, idées et images avec les phénomènes du monde social. Chez le normal même cette concordance et cette adaptation sont imparfaites et incomplètes, et il convient donc de dire que l'aliéné s'éloigne seulement de l'adaptation, soit par excès de système (persécutés, interprétatifs, jaloux), soit par défaut de cohérence (maniaques), soit par hésitation (obsédés, douteurs), soit par inertie (débiles, schizophrènes). Et cette notion, comme le fait remarquer Delage [30] dans sa thèse, est très importante, « car elle montre bien que l'aliéné n'est pas définitivement perdu, même s'il ne guérit pas et qu'il persiste en lui certaines facultés psychologiques et certaines tendances sociologiques qu'il est bon et nécessaire de ne pas laisser sombrer et de mettre en valeur », et Delage ajoute : « Les progrès de la médecine mentale au cours de ces dernières années ont abouti à la transformation des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques et ont montré que l'incompatibilité entre le malade mental et la société n'était pas si complète et définitive que le laisse penser dès l'abord la législation actuelle. Cette antinomie doit être résolue par la remise en valeur sociale de l'aliéné en profitant soit du

reliquat des facultés et tendances psychosociologiques primitives, soit de nouvelles aptitudes que le psychopathe acquiert à l'intérieur de l'asile, le tout constituant une nouvelle modalité de sociabilité appelée néosociabilité des aliénés ». Cette notion de néosociabilité, introduite par Laignel Lavastine, implique donc la consubstantialité du sujet et du monde extérieur, et une dimension sociale permanente de l'homme, qu'il ne soit pas ou qu'il soit aliéné.

Les malades mentaux, en effet, échangent avec leur entourage divers sentiments, et Dupré [35] a bien étudié les phénomènes d'interpsychologie morbide qu'il envisageait sous l'angle des réactions centrifuges de l'aliéné sur son milieu (délire à deux, fondateurs de sectes), des réactions centripètes (action du milieu sur l'aliéné) ou des interactions mixtes. Et Delage fait remarquer que le problème de l'influence de l'hospitalisation sur le malade mental se pose dans le même sens.

Cependant, on insiste beaucoup actuellement sur le fait que l'expérience du vécu d'autrui, chez les malades mentaux, est absolument originale. « Le délire, dit Henri Ey [39], révèle en effet une structure d'existence ou de coexistence profondément perturbée, originale, typiquement constante et foncièrement irréductible aux relations de compréhension interhumaines normales. »

3° La notion de schizophrénie et la notion de « pensée à l'état naissant ». — Mais nous savons que le fait qu'une faculté ne s'extériorise pas n'implique pas forcément qu'elle ait disparu. La notion de démence a été profondément remaniée. Les multiples aspects de la démence précoce, depuis Kraepelin, ont en effet remis en question la définition classique de la démence comme étant la déchéance progressive et irréversible de la vie psychique. La démence précoce n'aboutit réellement à un état de déchéance des facultés qu'à un stade très avancé de la maladie, et pendant

très longtemps l'activité mentale est présente et simplement privée d'efficacité et d'utilité. La notion de perte de la fonction du réel, chez Janet, est voisine de celle de perte de contact avec la réalité. Minkowski [62] considère ainsi que la notion de schizophrénie a un caractère thérapeutique. « La notion de perte de contact avec la réalité, dit-il, implique l'idée de la possibilité de rétablir ce contact, soit entièrement, soit, tout au moins, partiellement... Un lien intime, ajoute-t-il, devait exister entre la notion de Bleuler et le besoin d'étendre l'activité du psychiatre-thérapeute par dessus les murs de l'asile... » Un dispensaire psychiatrique fut en effet créé à Zurich, et en France la Ligue d'Hygiène mentale et le Service de Prophylaxie mentale furent créés par Toulouse [99] qui, avec Mignard, avaient introduit antérieurement la notion d'auto-conduction et avaient insisté sur la réversibilité des troubles mentaux. Nous avons vu précédemment que la remise en valeur des thérapeutiques collectives était contemporaine de la notion de schizophrénie (Congrès de 1926).

Or, une caractéristique de la pensée à l'état naissant, pour qu'elle puisse prendre possession d'elle-même, c'est qu'elle soit stimulée par une cause externe. C'est ainsi qu'à propos du cas de Marie Heurtin (la sourde-muette-aveugle), Maurice Blondel [10] décrit le processus de prise de possession de la pensée par elle-même en ces termes : « Comment cette carence est-elle en fait incapable de se porter remède à elle-même spontanément ? Comment est-elle cependant curable, non sans doute par une cause étrangère, mais grâce à une initiative intérieure, sous une stimulation qui n'est pas la cause productrice et ne fait que permettre à la pensée de se saisir enfin elle-même ? C'est une initiative absolument originale, quoique déclenchée par un secours accessoire ».

4° Possibilité pour les malades mentaux de concevoir un « nous-sujet ». — Nous avons assisté, avec la tentative du

malade de Sainte-Anne, à un essai de redécouverte par une pensée asociale, d'une sociabilité caricaturale mais réelle. En effet, la devise « l'asile aux aliénés » signifiait pour le malade le désir de posséder un instrument institutionnel qui lui aurait permis de se reconnaître comme « nous-sujet » dans un monde qui aurait été « pour les malades » et non pas comme un « nous-objet » passif et revendicateur. Car si le malade mental, en tant que tel, n'a pas la possibilité de se concevoir comme nous-objet et qu'il est de ce fait sans défense, il lui reste la possibilité de se retrouver dans un nous-sujet qui sera le club, c'est-à-dire un organisme humain actif greffé sur l'organisation objective et plus ou moins obligatoirement rigide de l'hôpital psychiatrique.

Le club visera à émanciper les malades par rapport aux autorités de tutelle, et les malades vivant cette émancipation s'opposeront en force au médecin et à l'administration. Dans la mesure où ils se sentiront un peu les maîtres, les malades formeront des groupes à la dynamique propre desquels ils obéiront et où s'établiront des relations interpersonnelles. Ils pourront alors, par l'intermédiaire du club, se sentir dans un monde fait pour eux. Comme y insiste Sartre [77], il est nécessaire à l'homme de vivre dans un monde fait pour lui, par exemple dans un monde d'objets manufacturés, pour saisir son appartenance à une communauté. « Mon expérience du nous-sujet, dit-il, n'implique nullement une expérience semblable et corrélative chez les autres; c'est pourquoi aussi elle est si instable, car elle suppose des organisations particulières au milieu du monde et disparaît avec ces organisations. A vrai dire, il y a dans le monde une foule de formations qui m'indiquent comme quelconque; d'abord tous les ustensiles, depuis les outils proprement dits jusqu'aux immeubles, avec leurs ascenseurs, leurs conduites d'eau ou de gaz, leur électricité, en passant par les moyens de transports, les magasins, etc. Chaque devanture, chaque vitrine me

renvoie mon image comme transcendance indifférenciée. Entre l'objet et moi, une transcendance humaine s'est déjà glissée qui guide la mienne; l'objet est déjà humanisé, il signifie le règne humain... Si je laisse canaliser mes possibilités par l'ustensile ainsi constitué, je m'éprouve moi-même comme transcendance quelconque. »

De même pour Dupréel [36], « ce qui fait monter le degré d'existence ou de consistance d'un groupe social, c'est moins encore l'absence de rapports sociaux négatifs que la force des rapports complémentaires qui les compriment ». Les objets manufacturés dont parlait Sartre tout à l'heure sont les supports de ces rapports complémentaires, de même que les institutions, comme le mariage par exemple, sont l'élément de stabilité et de constance des rapports mutuels. Le club assurera ainsi l'existence de rapports complémentaires puissants dans la vie du malade à l'hôpital (*cf.* Tosquelles, Teulié, etc.).

B. — LES MALADES MENTAUX ET LES CLUBS

1° Le besoin d'encadrement des malades mentaux. — Du reste, les aliénés parfois recherchent, comme les individus normaux, des groupements où puisse s'exercer leur activité, lorsque leur personnalité ne trouve pas dans le milieu professionnel ou familial les occasions d'une pleine réalisation. Irène Opolon [65] a étudié dans sa thèse le besoin qu'éprouvent de nombreux psychopathes d'adhérer à des associations politiques, religieuses ou d'occultisme. « Les tendances de l'esprit au merveilleux et les pratiques magiques, dit-elle, sont à l'origine des associations spirites, des réunions autour des tables tournantes, des cercles d'études métapsychiques qui jouissent d'une grande faveur auprès des déséquilibrés de toutes sortes. Leur allure mystérieuse, le langage pseudo-scientifique exercent un attrait irrésistible sur les cerveaux vulnérables. » Il est évident

que ces activités, en faisant se complaire le malade dans une ambiance dominée par la croyance au caractère mécanique des communications inter-individuelles, accentuent le dérèglement de son comportement. La prise d'une attitude correcte ou vicieuse est fonction en partie de l'ambiance et du groupe dans lesquels le malade est intégré. Ce sont en définitive les facteurs sociaux qui déterminent la qualité même de l'aliéné.

Dupré définissait ainsi l'aliéné : « Le psychopathe est un aliéné quand son état cérébral aboutit, dans le domaine de l'action, à des manifestations étrangères à la mentalité de son groupe et nuisibles à l'ordre et à la sécurité des personnes. La qualité même d'aliéné varie donc en fonction directe des conditions, des exigences et de la mentalité du groupe, elle est essentiellement variable, soumise à toutes les fluctuations de la mentalité collective, toute relative, dans le temps et dans l'espace ».

Pour Sivadon [81], la maladie mentale représente ainsi « un échec dans l'effort de la personnalité pour s'organiser à un niveau plus bas par rapport à un milieu qui lui est désormais hétérogène et bientôt étranger.

« Le premier objectif des thérapeutiques psychiatriques sera d'abord de lutter contre les facteurs accidentels qui peuvent avoir favorisé la lyse des fonctions adaptatives (toxi-infection, troubles métaboliques, etc.).

« Il convient également de lever les « blocages » des systèmes régulateurs pour permettre la reprise d'échanges nutritifs entre l'individu et le milieu (les méthodes de chocs y parviennent souvent).

« Dans le même temps, il est indispensable d'offrir au malade un milieu de vie artificiellement conditionné qui lui permette une adaptation par le moyen de structures archaïques de sa personnalité, structures anciennement acquises et donc plus solides. L'expérience quotidienne nous montre qu'il est presque toujours possible, parfois après bien des tâtonnements, de retrouver un niveau

d'adaptation permettant une reprise de contact avec le milieu. »

Les clubs chercheront, par la création d'une atmosphère familiale, l'organisation de jeux, etc., à accrocher ces niveaux d'adaptation et permettront d'entretenir ainsi, chez le sujet, une sociabilité relative. Il n'est donc pas plus possible de négliger le régime de vie des malades mentaux hospitalisés que l'on veut réadapter à une vie normale, que de « négliger le régime alimentaire d'un hospitalisé pour une fonction digestive ». La qualité du milieu et de l'ambiance dans lesquels seront pratiquées les thérapeutiques biologiques prend ainsi une importance fondamentale.

2° Nécessité d'encadrer les thérapeutiques biologiques par les thérapeutiques institutionnelles. — Comme l'a dit Muller : « On ne peut penser à un traitement insulinique couronné de succès sans psychothérapie » [63], et ceci est dans la ligne des conceptions modernes pour lesquelles les facteurs psychogénétiques et biologiques sont intriqués à l'origine de la maladie. Une cure de Sakel ne se conçoit pas sans une psychothérapie intensive individuelle et collective associée. La sismothérapie elle-même ne se conçoit qu'accompagnée d'une psychothérapie individuelle et collective : qu'il s'agisse de la sismothérapie simple ou qu'il s'agisse de la sismothérapie intensive. « Ce qui semble essentiel, dans ce cas, dit Tosquelles [98], ce sont les rencontres interhumaines et les activités pratiques où le malade s'engage pendant le processus de redécouverte du moi et du monde, en passant naturellement par les étapes phantasmatiques que le milieu lui permet d'accrocher. » De même, la lobotomie ne se conçoit qu'intégrée dans une thérapeutique directive et réadaptative de groupe. Selon Cosyns-Duret [20], le lobotomisé est avant tout un être indifférent, apathique et aboulique qui se trouve dans un état de dépendance narcissique à l'égard

du monde extérieur, et qui peut évidemment garder des troubles mentaux préexistants. Deux problèmes sont donc en présence, celui de la rééducation et de la réadaptation familiale et sociale du sujet opéré et celui du problème des troubles mentaux subsistants. L'auteur conclut qu'étant donné les caractéristiques psychologiques du sujet opéré, la thérapeutique ne peut être que directive ou réadaptative, mais « pendant son traitement postopératoire, le lobotomisé doit vivre dans un groupe et non pas isolé, sous peine de grosses difficultés de réadaptation ».

3° Service de cure et clubs. Intérêt psychosociologique des clubs. — Les hôpitaux psychiatriques, pour être véritablement des services de cure, doivent donc associer aux thérapeutiques biologiques une sociothérapie systématique. Cependant, il n'est pas nécessaire, pour échafauder une thérapeutique collective, de croire en l'efficacité extraordinaire de ces thérapeutiques. « Je trouve complètement absurde, disait Tosquelles au Symposium de Bonneval de 1951, d'essayer de guérir une plaie par des médicaments internes efficaces, si je laisse la plaie sans pansements ou sans pommades qui la protègent des chocs ou de l'infection de l'extérieur... Or, si je ne sais pas — et personne ne le sait — quels sont les éléments génétiques et fonctionnels sur lesquels nous devons intervenir... je sais toutefois que quelque chose de pathologique se passe au niveau du contact intersocial de nos malades, qu'il y a là une vraie plaie ouverte et que nous devons considérer comme une tâche de première importance de nous occuper des pansements; c'est modeste, mais indispensable. » Et il est bien évident qu'il n'y a rien de nouveau, que depuis Pinel, Esquirol, Bouchet, le travail et les loisirs avaient été prévus dans les asiles comme moyens de traitements pour les malades. Si, en France, tout au moins, ces thérapeutiques ont passé par une période de déclin dont nous verrons les causes dans le prochain chapitre, il n'en reste

pas moins qu'en Allemagne, avec Hermann Simon, on utilisait l'asile comme instrument actif de cure (l'inactivité étant le danger qui menaçait le malade), qu'aux Etats-Unis on éduquait le malade par la méthode des classes, et qu'en Angleterre le club devenait le moyen le plus pratique de réadapter le malade à une vie normale et d'appliquer les découvertes modernes de la psychothérapie; car il s'est avéré, en définitive, que l'important était de se servir du cadre hospitalier ou extra-hospitalier dans lequel se trouvaient les malades pour provoquer des relations interpersonnelles entre eux. Une activité collective n'est en effet thérapeutique que si elle est dirigée, et c'est alors la psychothérapie de groupe. Mais la psychothérapie de groupe n'est véritablement efficace que si les individus groupés participent activement à la vie du groupe, et c'est alors la notion de « cercles de malades » et la notion de clubs. Et cette notion de club, qui implique le but collectif de la réadaptation sociale de chaque élément du groupe, implique du même coup l'ouverture du groupe sur la vie extérieure.

Tosquelles [98] faisait récemment remarquer au Congrès de Pau qu'il existait une fâcheuse confusion autour des termes ergothérapie, socialthérapie, thérapeutique de groupe et thérapeutiques institutionnelles. « Daumezon, dit-il, a importé d'Amérique l'expression de thérapeutique institutionnelle pour qualifier la forme de thérapeutique de groupe qui s'établit — souvent à l'insu du médecin — dans les hôpitaux psychiatriques, du fait de l'organisation matérielle des inter-actions psychologiques et sociales entre malades et entre malades et personnel. » La thérapeutique institutionnelle, ajoute-t-il, ne s'établit pas en séances détachées de la vie quotidienne du malade. « Dans les thérapeutiques institutionnelles, on part du vécu spontané quotidien, et le psychothérapeute est à la fois matériellement absent et présent dans l'institution hospitalière qui, de fait, le représente. »

Le problème des clubs psychothérapiques fait donc bloc avec celui des thérapeutiques institutionnelles, et il s'intégre dans le cadre plus vaste et plus général des psychothérapies collectives. Ces psychothérapies collectives utilisent schématiquement deux catégories de techniques formulées ainsi par Follin [42] :

1° Celles qui se fondant sur des conceptions psychanalytiques sont basées sur le jeu des significations symboliques et des processus d'abréactions dans les situations vécues au sein du groupe thérapeutique : le type en est le psychodrame de Moréno;

2° Celles qui utilisent des objectifs réels et où le groupe lui-même a une fonction thérapeutique. Les clubs psychothérapiques sont de ce type. Mais le « Service » dans lequel le malade sera hospitalisé, explique Daumezon [25], est un microcosme qui, pour être thérapeutique, devra donner à chaque malade la possibilité : « d'abord d'*investir ses conflits* ». Le malade doit trouver « des occasions prégnantes d'identification et de transfert ».

« La tâche du psychothérapeute, dit-il, sera ainsi de diversifier suffisamment les aspects du service et les types de relations, en partant d'activité y existant. Etant donné l'extrême variété des situations psychotiques, il devra multiplier au maximum les organisations et surtout les structures. » C'est par le moyen des clubs que les structures seront ainsi multipliées et diversifiées.

Ainsi le club de malades, lorsqu'il se formera dans l'hôpital psychiatrique, impliquera :

a) La prise de conscience, par le personnel et par les malades qui y seront intégrés, du rôle thérapeutique de cette vie collective imposée. Le club psychothérapique qui intégrera ainsi l'ergothérapie et la sociothérapie dans une thérapeutique institutionnelle, donnera aux malades mentaux et aux névropathes des « catalyseurs » de réadaptation qui s'adresseront à ce qui reste de sociabilité virtuelle en eux et s'opposeront aux éléments fixateurs qui entravent

l'évolution stoppée par le processus psychotique ou par l'organisation névrotique de la personnalité. Le club impliquera donc une attitude thérapeutique psychagogique qui visera à augmenter l'actualisation du potentiel mental résiduel ou latent, grâce aux possibilités de réalisation d'une vie sociale réelle. Le club visera à émanciper les malades, ou plutôt à leur faire vivre une émancipation (car les médecins et le personnel sont toujours « présents »). Dans la mesure où ils se sentiront ainsi « les maîtres » (et c'est à cela que vise le club), les malades auront tendance à constituer des petits groupes et à vivre selon la dynamique de ces groupes (*cf.* Kurt Lewin). Le concept de dynamique des petits groupes dégagé expérimentalement par Kurt Lewin et auquel Girod [45] a consacré un récent travail, apparaît pour les sociologues aussi important que la psychanalyse. Et comme le dit souvent le Docteur Ey dans son service : « à partir du moment où le malade peut vivre dans un groupe de six à huit personnes, il est normal ».

La psychothérapie collective, représentée par le club, devient ainsi le complément indispensable des thérapeutiques biologiques et des psychothérapies individuelles.

b) L'ouverture de cette vie collective sur le monde extérieur. — Le but principal du club sera la réadaptation du malade dans l'hôpital, en vue de sa réadaptation sociale dans son milieu familial et professionnel. Par le moyen du club, l'hôpital rétablit donc les contacts du malade avec le milieu auquel sa maladie le rendait inadapté.

De plus, le club, en intéressant à sa vie des anciens malades ou des personnes de l'extérieur et en informant le public sur les problèmes de pathologie mentale, de réadaptation sociale et d'hygiène mentale, contribuera à faire disparaître le préjugé défavorable qui pèse sur le malade mental.

c) La possibilité d'une expérimentation psycho-sociologique. — La sociologie était pour Durkheim la science

des institutions sociales. Mais avec l'école américaine, la sociologie renonce à étudier la société en général pour se consacrer à l'étude des petits groupes. C'est en partie sur des clubs que porteront les études de sociologie expérimentale (clubs d'enfants par exemple). Le club est alors un prétexte pour dissimuler aux participants de ces groupes artificiels qu'ils sont observés dans des conditions expérimentales. C'est également sur de petits groupes que portent les expériences sociométriques de Moreno. Il est évident, comme le fait remarquer M. R. Pagès [67], que « l'expérimentation sur l'homme, ici sur l'homme social, est toujours une intervention et une action. Et elle ne peut nous apprendre réellement quelque chose que si des conditions de petite échelle relative sont réalisées ». La psychologie sociale, science des petits groupes, intermédiaire entre la psychologie individuelle et la sociologie des institutions de type Durkheimien, se prêtera donc assez bien, quant à ses techniques expérimentales, à l'étude des problèmes concrets de sociothérapie. Toute la mise en forme sociologique de la sociothérapie est à entreprendre. Teulié [94], dans sa thèse, insiste sur le besoin d'étayer les expériences concrètes d'assistance psychiatrique sur des bases rationnelles. Le Symposium de Bonneval sur la psychothérapie collective avait déjà insisté sur ce besoin, et l'école Saint-Albanaise s'efforce de pallier une telle carence. A la troisième réunion Fédérale des Sociétés de Croix-Marine, ce problème s'est de nouveau posé avec acuité. Daumezon y fit remarquer que le psychiatre était fidèle à sa mission en expérimentant dans les asiles et qu'il valait mieux en particulier travailler sur des paranoïaques d'asile que sur des paranoïaques d'usines. C'est par le moyen des clubs que les hôpitaux psychiatriques deviendront des terrains d'expérience et permettront aux psychiatres de consolider leurs conceptions doctrinales de psychothérapie collective. Les clubs marquent ainsi le tournant sociologique de la psychiatrie.

4° Comparaison avec la réadaptation sociale des tuberculeux. — Pierre Bourgeois [15] fait remarquer que le problème de la postcure et de la réadaptation au travail chez les tuberculeux a passé par un stade où les premières réalisations portaient l'étiquette de « thérapeutique par le travail ». Elles datent de 1908 (Paterson) et ne reposaient sur aucune base scientifique sérieuse. « Le travail n'aide pas à la guérison de la tuberculose pulmonaire. Il est tout au plus un test de guérison. » C'est en particulier en Angleterre, au cours de la guerre de 1914-1918, que sur l'initiative du Docteur Varrier-Jones, sont créés, en 1916, le village sanatorium de Papworth, et en 1925, sur l'initiative de la British Legion et du Docteur Mac Dougal, le village sanatorium de Preston-Hall. En Hollande, en 1925 également, est créé, à Zonnestraal, un sanatorium de thérapeutique par le travail spécialisé dans la taille des pierres précieuses.

« La réadaptation au travail, dit Pierre Bourgeois, était alors exclusivement conçue au sanatorium et dans le cadre d'initiatives privées sporadiques. » Partout se créaient des ateliers de reliure, de travail du cuir, des fabriques de jouets.

En France, des centres de réadaptation sont créés dans un esprit artisanal. Mais les réalisations ultérieures s'intégrèrent dans le cadre des projets nationaux. L'Ordonnance du 19 octobre 1945 fait bénéficier ainsi le tuberculeux d'une prolongation d'un an au delà des trois ans de longue maladie, de tout ou partie de l'allocation mensuelle.

Donc, en plus de la pré-réadaptation au sanatorium consistant en réadaptation à l'effort, et en instruction générale technique (cas des sanatoriums d'adolescents), il y a la postcure et la reprise du travail de l'ancien tuberculeux sorti du sanatorium. Dans ce cas, si le tuberculeux n'avait aucune qualification professionnelle ou s'il n'a conservé aucune attache avec son ancienne entreprise, il peut s'orienter vers un établissement de postcure spécialisé dans

la réadaptation avec formation technique accélérée, ces établissements étant juxta-sanatoriaux ou suburbains.

La postcure et la réadaptation au travail des tuberculeux sont donc une question de réentraînement à l'effort, de réadaptation à un ancien métier ou de rééducation pour l'apprentissage d'une profession nouvelle ou de reclassement professionnel. C'est donc dans une perspective différente que l'on utilise le travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques. C'est ainsi que le Docteur Sivadon [86], dans un rapport présenté à la Commission des Maladies mentales du Comité permanent d'Hygiène sociale, considère comme en dehors de ce sujet la réadaptation des malades au travail à la sortie.

CHAPITRE III

Les psychothérapies de groupe et les clubs en face des structures traditionnelles.

A. — Les structures traditionnelles.

1° Structure aliénante : le quartier d'agités;

2° Structure sclérosante : le travail pour l'établissement;

3° Structure périmée : l'internement, préoccupation essentielle.

B. — Les structures idéales a l'étude.

1° Les journées psychiatriques nationales;

2° La Commission des problèmes de la Santé Mentale et la sous-Commission des Maladies mentales.

LES THÉRAPEUTIQUES DE GROUPE ET LES CLUBS EN FACE DES STRUCTURES TRADITIONNELLES

A. — LES STRUCTURES TRADITIONNELLES

1° Structure aliénante : le quartier d'agités. — Bernard, l'un des principaux promoteurs des psychothérapies collectives, considère que « toute activité collective dirigée est susceptible de fournir un substratum à la psychothérapie de groupe », et qu'en définitive, la psychothérapie de groupe ne cherche qu'à « utiliser d'une manière rationnelle, en vue du réajustement de l'individu à la Société, les mécanismes qui ont régi la société dans tous les temps ». Il est bien évident qu'un groupe mal structuré est un agent de dissolution et de « mort lente » pour employer la formule que l'on appliquait aux camps de concentration. « Autant, en effet, ajoute Bernard, un groupe contrôlé et dirigé peut devenir un facteur de réadaptation, autant un groupe abandonné à la dérive peut être facteur de déchéance pour ses membres. » Or, comme le disait déjà Pinel [71], « les grands établissements consacrés aux aliénés sont exposés, comme toutes les institutions humaines, à dégénérer et peut-être même plus que tout autre ». Lorsque Pinel, en effet, redonna une valeur au « fou », il s'attacha à structurer l'asile, car l'asile livré à lui-même était caractérisé par l'agitation. Parchappe [69] s'exprimait ainsi à propos des quartiers d'agités :

« Dans les temps où l'on a commencé à s'occuper des

conditions spéciales d'habitation pour les aliénés, l'agitation était considérée comme l'état, en quelque sorte habituel de l'aliéné, et l'asile d'aliénés a été exclusivement, ou presque exclusivement, constitué par une série de cellules en nombre à peu près égal à celui des malades.

« Mais à mesure que la psychiatrie a fait des progrès, on a reconnu que l'agitation, chez les aliénés, peut être restreinte à un nombre de moins en moins considérable, suivant que les conditions matérielles et médicales du traitement curatif et palliatif sont de plus en plus perfectionnées. »

Dès lors, la proportion du nombre des cellules d'isolement et du nombre des places à créer dans les quartiers d'agités, considérées comme indispensables aux besoins d'un service bien entendu, s'est constamment abaissée. Paumelle [70] a consacré sa thèse au problème de l'agitation dans les asiles d'aliénés où elle est un comportement temporaire et où, s'il y a toujours des malades agités, il n'y a pas d'agitation chronique. Paumelle fait du reste remarquer qu'on ne retrouve plus d'ailleurs dans les catégories de Parchappe, celle des « furieux » et encore moins celle des « furieux incurables » qui faisaient encore partie de la classification d'Esquirol en 1818. « *Rien n'est prévu pour une agitation permanente,* dit-il, et c'est semble-t-il une notion communément admise, qu'elle n'avait jamais existé que chez les malades constamment enchaînés ou séquestrés. »

Cependant, tandis que le *no-restreint* était pratiqué en Angleterre par Conolly et adopté par presque toute l'Europe, les auteurs français restaient imperméables à cette idée, et Sérieux pouvait dire, en 1903 : « ... nous sommes arrivés, cent ans après Pinel, à ce lamentable résultat de voir les aliénés, dont sans cesse on proclame la dignité de malade, rabaissés à la condition de détenus ». Et Paumelle fait remarquer que le quartier d'agités conçu par Parchappe dans un but thérapeutique était devenu un rassem-

blement d'incurables dont le développement de la sociabilité n'était plus guère recherché. « Le climat traditionnel du quartier d'agités, conclut-il, apparaît non seulement comme une traduction de l'attitude répressive de la société à l'égard du malade mental, une structure excluant toute thérapeutique valable et tout rapport médecin-malade normal, mais encore comme un facteur d'aggravation. S'agit-il seulement d'une accélération de la désadaptation sociale qui se serait produite à plus longue échéance, ou bien ne pourrait-on parler de milieu, de groupe humain, de structure aliénante ? »

2° Structure sclérosante : le travail des malades appartient à l'établissement. — Mais si le manque de structure de l'établissement d'aliénés aboutit à l'agitation, la coexistence de structures trop rigides aboutit à la sclérose. C'est ainsi que si le travail des malades mentaux, qui a fait l'objet des thèses récentes de Koechlin [53] et de Calvet [16], avait été institué dans les asiles comme « moyen curatif » (ordonnance du 18 décembre 1839, article 15) ou « comme moyen de traitement et de distraction pour les malades » (R. M. 1857, article 150; R. M. 1938, article 171), il fut rapidement envisagé du point de vue économique, et le souci de sa rentabilité l'a rapidement sclérosé. En effet, le Règlement Modèle de 1857 (art. 153) stipule que « le produit du travail appartient à l'établissement. Une rémunération de... est attribuée, pour chaque journée de travail, aux aliénés entretenus au compte des départements... » Le travail des malades devient ainsi une nécessité économique et sa rémunération naturellement faible n'a pratiquement pas de valeur thérapeutique [1]. « Certes, dit Koechlin, toutes les

(1) « La doctrine administrative s'est paradoxalement fixée dans des formes rétrogrades, alors qu'en 1844 la circulaire ministérielle du 6 août estimait que le produit du travail appartenait au malade, les règlements de 1857, 1892, 1938 disent textuellement que « le produit du » travail appartient à l'établissement ». Cependant, en 1911, le rapport de l'inspection générale demandait qu'on s'inspirât du règlement des

époques ont connu une grande pénurie de crédits et de personnel hospitalier, conditions où l'on voit se développer tout naturellement la préoccupation d'utiliser ce que Ladame et Demay appelaient « l'énorme capital-travail latent » contenu dans les asiles. » Pinel citait le cas de l'asile de Saragosse où seuls travaillaient les malades indigents et à propos desquels il remarquait du reste : « rien n'est plus ordinaire que les guérisons opérées par cette vie active, pendant que l'aliénation des nobles, qui rougiraient du travail des mains, est presque toujours incurable ». Quant à Parchappe, il considérait que si le travail était un traitement pour les malades curables, il devait par contre, pour les incurables, couvrir leurs frais d'entretien. Les colonies agricoles furent créées pour utiliser les chroniques et exonérer les départements des frais d'hospitalisation. Certaines préoccupations médicales entraient cependant dans ces organisations où l'on voyait le moyen d'utiliser « l'open door » et de ramener les malades à une existence relativement normale.

Les préoccupations économiques étaient cependant à la base de l'utilisation du travail des malades mentaux. Calvet [16] fait remarquer en effet que la loi de 1838 est une loi d'assistance et qu'en tant que telle elle est tributaire de la notion d'assistance qui implique de la part de l'assisté un travail qui sera la rançon de cette assistance. « Dans les asiles, dit Calvet, toute technique de traitement par le travail vient se plaquer sur une réalité asilaire dans laquelle le travail se présentait bien plutôt comme une formule d'assistance. » La loi de 1838 marque ainsi une régression sur les principes de Pinel.

« Rappelons, dit Calvet, que la version définitive de la loi du 30 juin 1938 qui satisfaisait encore un siècle après un grand nombre de psychiatres français, était loin de

---

hospices accordant aux malades un tiers du produit réel de leur travail. »

Bonnafé (L.), Chaurand (A.) et Tosquelles (F.). — Quelques précisions théoriques et pratiques sur le travail des malades : valeur thérapeutique de la qualité, du rendement, de la rémunération. *A. M. P.*, 1947, **1**, 209-213.

donner pleinement satisfaction, on l'a peut-être trop oublié, aux grands aliénistes de l'époque : Esquirol, Ferrus, J.-P. Falret. Ceux-ci, au cours des discussions du projet de la loi, tout en s'efforçant de défendre la tradition authentiquement médicale inaugurée en France par Pinel, durent se soumettre à la volonté du législateur et à la conception de l'assistance. » Et l'organisation du travail dans l'histoire de la thérapeutique des malades mentaux a toujours été écartelée entre une orientation scientifique inspirée des principes de Pinel et la tendance à vouloir couvrir les frais d'assistance.

Or, il est évident que la notion traditionnelle d'assistance est en voie de transformation — sinon périmée — et qu'elle tend à être remplacée par la notion plus humaine « d'entraide sociale ». Le décret du 29 novembre 1953 publié au *Journal Officiel* du 3 décembre 1953, et dont le décret d'application est publié dans le *J. O.* du 10 septembre 1954, substitue ainsi le mot aide-sociale à la notion d'assistance; il abroge également les articles 27 et 28 sur les dépenses du Service des aliénés de la loi du 30 juin 1838 dont la réforme est ainsi en route. Dans un service dégagé des servitudes de l'assistance et dépendant de la Sécurité Sociale, le travail peut rester plus thérapeutique. C'est ainsi que, dans le Service du Docteur Sivadon [1], « une équipe de travail restant strictement médicale dans sa formation et sa direction, propose aux services généraux la prise en charge d'un travail déterminé. Lorsque les ateliers de ce service produisent des objets qui peuvent avoir une valeur commerciale, la vente de ces objets est faite par les malades eux-mêmes, au profit de leur groupe de travail ». Et l'on voit comment la modification d'un système d'assistance peut rendre légitime la constitution d'un groupe de malades.

En effet, la thérapeutique des maladies mentales par le travail, comme y insistaient Ladame et Demay [57] au

(1) *Information psychiatrique*, 1951, p. 161.

Congrès des Médecins aliénistes de 1926, qui est la « pierre d'angle du grand édifice consacré à l'assistance des aliénés et à l'hygiène mentale », doit obéir à certains principes généraux :

— L'organisation du travail dans les asiles, qu'elle qu'en soit la nature, est d'ordre strictement médical;

— Le contrôle de tout ce qui concerne les occupations des malades — distribution du travail, répartition des malades, attribution du personnel — est également d'ordre strictement médical;

— Qu'elle que puisse être l'importance du travail-rendement, le travail-traitement doit rester la préoccupation essentielle du médecin.

Et la réglementation du travail par les ordonnances et les règlements modèles paraît assez libérale, car elle met en droit le médecin au centre de cette thérapeutique. « Une réglementation uniforme et rigide serait fatale à l'institution du travail thérapeutique, concluent Ladame et Demay; l'initiative individuelle, l'ingéniosité personnelle, l'autonomie la plus large, telles doivent être les lois qui président à l'organisation de cette thérapeutique par le travail ». Malheureusement, cette réglementation n'est qu'apparemment souple, car le travail étant organisé au profit de l'établissement, il implique une intervention administrative permanente. En fait, le côté médical du travail des malades est scotomisé, et l'on ne sait plus si l'établissement est fait pour le malade, ou si le malade est fait pour l'établissement. Dans un rapport présenté à la Commission des Maladies mentales du Comité permanent d'Hygiène sociale, le Docteur Sivadon [85] disait : « Il est nécessaire de prévoir une réglementation qui laisse à cet aspect du travail des malades son caractère exclusivement médical et qui restreigne au minimum indispensable l'intervention administrative ».

3° Structure périmée : l'internement, préoccupation essentielle. — De plus, la loi de 1838 se préoccupe essentiellement de l'internement de l'aliéné. Tout le monde s'ac-

corde pour reconnaître que cette loi est périmée et qu'elle ne répond plus aux exigences actuelles de la thérapeutique et de la réadaptation sociale des malades. Rien n'est prévu dans cette loi pour la prévention de la maladie mentale ou pour la réadaptation du malade. Il n'en reste pas moins que le Code de la santé, publié dans le *Journal Officiel* au début d'octobre 1953, ne fait que reproduire dans la section maladie mentale le texte de la loi du 30 juin 1838.

La loi de 1838 ne répond donc plus aux tendances nouvelles qui visent à transformer l'hôpital en un centre de cure et de réadaptation ouvert sur l'extérieur et où la vie sociale de l'hôpital sera utilisée médicalement, en liaison étroite avec les placements familiaux, les dispensaires et les services de postcure.

B. — LE RENOUVELLEMENT DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE : LES STRUCTURES IDÉALES A L'ÉTUDE.

1° Les journées psychiatriques nationales. — Les journées psychiatriques nationales de mars 1945 [50] et de janvier 1947 [51] consacrèrent ainsi leurs travaux à l'étude du renouvellement de l'assistance psychiatrique. A l'issue des journées de 1945, un certain nombre de thèses furent retenues, dont voici les principales :

— L'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la postcure doivent être respectées au maximum.

— L'originalité profonde des problèmes psychiatriques doit conduire à donner aux psychiatres le maximum de responsabilité technique et d'autorité dans les domaines de leur ressort.

— La compétence des psychiatres qualifiés doit être considérée comme étendue à tous les problèmes concernant la santé mentale, individuelle ou sociale, la réadaptation au milieu des sujets désadaptés ! Des liaisons indispensables doivent être maintenues avec les organismes de l'éducation nationale, de l'orientation professionnelle, de la justice, etc.

— Les cadres administratifs doivent être considérablement

améliorés afin que la direction technique puisse être assurée par le corps médical sans inconvénient majeur pour son activité scientifique.

— L'internement doit être aboli en tant que faisceau de mesures hétérogènes ! Ses composantes doivent être, après dislocation, révisées et rendues applicables avec la plus grande souplesse et le maximum d'initiative médicale.

Les possibilités de dispersion des malades dans les divers services hospitaliers doivent être multipliées, le dispositif général doit assurer au maximum l'isolement respectif des diverses sections, le critère essentiel de répartition des malades dans ces sections doit être leur « mode de sociabilité »; un écart doit pouvoir subsister entre cette répartition et la condition juridique de chacun, l'initiative médicale doit être la plus large pour rendre possible les changements de condition des malades selon l'évolution de leur état.

— Un organisme puissant, disposant de possibilités techniques étendues, doit être constitué à Paris avec des ramifications en province, dans le but d'organiser la recherche scientifique en psychiatrie, et de développer, en liaison étroite avec la recherche, l'enseignement théorique et clinique de la psychiatrie. Chaque centre psychiatrique doit pouvoir fonctionner comme centre de recherche.

De même, au cours des Journées Psychiatriques Nationales de 1947, un certain nombre de résolutions furent prises, en particulier la résolution n° 3 décidant de présenter aux pouvoirs publics le vœu que soit soumis à une Commission de psychiatres un projet de loi consacrant les principes suivants :

a) Prédominance du caractère médical dans l'assistance et le traitement des troubles mentaux;

b) Admission dans un établissement ou service psychiatrique selon les formes normales d'hospitalisation, sauf au cas où le malade, présentant un danger ou refusant tout traitement contre son intérêt, devrait être placé par d'autres voies;

c) Disparition du système de l'internement et des statuts des services résultant de la législation de 1838, substitution à ces formes légales d'un statut des personnes et de la possibilité pour le médecin de recommander aux pouvoirs publics l'application des mesures adaptées aux cas particuliers. Dissociation des éléments qui constituent l'internement;

d) Obligation pour tous les départements d'organiser dans leur cadre la protection de la santé mentale, notamment le dépistage et la prévention des troubles mentaux. Fixation des principes de la

réadaptation sociale dans les organismes de cure et de prévention : postcure.

2° La Commission des problèmes de la Santé mentale et la sous-Commission des Maladies mentales. — En 1948, un arrêté ministériel instituait la Commission des problèmes de la Santé mentale dont on avait souhaité la création lors des Journées Psychiatriques Nationales. Dorénavant, toute modification de l'organisation psychiatrique nationale ou départementale rendait nécessaire l'avis de cette Commission. Une sous-Commission des maladies mentales fut donc chargée d'élaborer un avant-projet de textes qui seraient soumis à la Commission des problèmes de la Santé mentale au Ministère de la Santé publique et de la population. L'administration centrale, estimant que la plupart des dispositions intéressant le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques (et qui sont actuellement insérées dans le règlement modèle annexé à l'arrêté du 5 février 1938 et reprises dans le règlement intérieur de chaque hôpital psychiatrique), présentent de graves difficultés d'application, tant par le fait que certaines dispositions particulières n'ont pas une force d'obligation suffisante vis-à-vis de certaines collectivités responsables rétives, que par le fait que ce règlement est sur bien des points dépassé, chargea, en octobre 1953, la sous-Commission d'étudier les dispositions essentielles propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques.

La sous-Commission des Maladies mentales, composée des Docteurs Daumezon, Henri Ey, Fouquet, Hamon et Lauzier [1], élabora donc son rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques.

Y sont étudiés successivement :

1° *L'entrée*, qui est une mesure d'ordre thérapeutique et qui s'insère dans l'ensemble des mesures de traitements et d'assistance dont le malade est l'objet. L'hôpital psychiatrique n'est alors qu'un

(1) *Information psychiatrique*, 1954, n° 9, 340-348.

des chaînons de l'organisation d'ensemble de l'Hygiène mentale et de l'assistance psychiatrique.

2° *La cure,* avec ses deux principes : l'originalité spécifique du problème psychiatrique qui exige comme condition thérapeutique fondamentale un climat particulier qui doit être assuré par l'hôpital. Le malade doit trouver à l'hôpital toutes les thérapeutiques que réclame son état...

a) *Du point de vue thérapeutique,* l'organisation de l'hôpital permettra la mise en œuvre des thérapeutiques spéciales et des psychothérapies. Toute l'organisation, dans son ensemble et ses détails, doit être orientée vers la création d'une ambiance psychothérapique.

Toutes les possibilités seront utilisées pour la psychothérapie collective :

— Réunions médecin-personnel;
— Associations sociothérapeutiques;
— Psychothérapie individuelle.

Les psychothérapies n'ayant qu'un but : la réadaptation sociale. En conséquence, il ne convient pas que les moyens qu'elle utilise deviennent une fin.

b) *Du point de vue climat,* l'hôpital psychiatrique doit être conçu comme un instrument psychothérapique. Il y aura donc nécessité de traiter dans des établissements spéciaux les « antisociaux », les arriérés et les déments séniles. Au fur et à mesure qu'il se rétablit, le malade devra trouver tout ce qui pourra favoriser son sens de l'intégration sociale.

Le climat sera créé par l'action des médecins, l'attitude du personnel envers les malades, les relations entre médecins, personnel, malades et familles. En outre, toutes les techniques autres que spécifiquement médicales qui règlent l'existence de la collectivité devront être constamment infléchies dans le sens d'une participation thérapeutique...

L'autorité médicale recherchera tout ce qui peut développer chez les malades les sentiments de leur personnalité. Nécessité de rendre au malade l'exercice de certaines initiatives et responsabilités (maniement de certaines sommes d'argent, par exemple).

Le malade ne sera inséré que dans un groupe délimité auquel il puisse s'adapter et dont tous les membres puissent être personnellement connus de l'équipe d'infirmiers chargée des soins.

Organisation du rythme de vie avec un temps d'activité en trois phases (activité dirigée à l'intérieur de l'unité de soins; travail plus proche de l'activité habituelle dans le sens de la réadaptation sociale et sous le contrôle d'un moniteur spécialisé; travail normal sous le contrôle d'un chef d'atelier) et temps de loisir.

3° *Les préparatifs de sortie et de postcure.* — Le séjour du malade dans un hôpital psychiatrique ne devant être considéré que

comme un épisode à l'issue duquel devront être déterminées les modalités de la reprise de contact du malade avec le milieu social.

Tels sont donc les principes qui seront à la base du fonctionnement satisfaisant des hôpitaux psychiatriques. Ils intègrent les différentes tendances que nous avons vu s'élaborer dans la partie historique. Mais en attendant qu'interviennent les décrets et les règlements propres à assurer ce bon fonctionnement, les thèses nouvelles se sont exercées dans le cadre d'associations privées greffées sur l'hôpital psychiatrique. Ces associations privées, qui prirent la forme d'associations amicales de malades et d'anciens malades, encadrèrent donc les clubs psychothérapiques où les malades groupés organisaient le programme des activités de leur vie sociale à l'hôpital.

CHAPITRE IV

La réadaptation sociale et les clubs dans le cadre de la loi du 1er juillet 1901

Nécessité pour les clubs d'avoir une structure juridique

A. — Structure des associations.

1° Capacité des associations.

2° Validité et composition des associations.

a) Capacité civile des malades mentaux internés non interdits, et validité des associations.

b) Composition des associations et bénéfices.

c) Composition des organes des associations.

3° Comptabilité des associations.

B. — Fonctions des associations.

1° Les relations de l'association avec l'hôpital psychiatrique : le problème du travail des malades.

2° Les relations de l'association avec le monde extérieur : le problème de l'Hygiène mentale.

3° Les relations des associations entre elles : leur fédération.

LA RÉADAPTATION SOCIALE ET LES CLUBS DANS LE CADRE DE LA LOI DU 1er JUILLET 1901

Nécessité pour les clubs d'avoir une structure juridique

Tosquelles [97] remarquait au Symposium de Bonneval, sur les psychothérapies collectives : « qu'on en était arrivé à la conclusion qu'un certain nombre des activités thérapeutiques de type social où les malades devaient être engagés, comportait non seulement l'exercice de l'initiative personnelle des malades, mais une large liberté du maniement des fonds incompatibles avec les organisations traditionnelles des hôpitaux et la bonne marche administrative des établissements », et Daumezon [22] disait de même dans un rapport présenté à la Commission des Maladies mentales que « les objections essentielles avaient toujours visé l'irrégularité d'un maniement de fonds inexpiablement stigmatisé : comptabilité occulte ». Si l'on voulait que l'organisation d'entreprises de travaux réalisés dans les pavillons de malades par l'initiative du personnel et des malades, et sous la surveillance des médecins, puisse se développer et être ainsi les fondements d'une vie sociale organisée, il fallait encadrer ces initiatives par une structure officielle. L'association amicale était alors justifiée, qui encadrait ces entreprises de travaux, et s'il existait déjà, le club, dans une structure juridique. La déclaration de ces associations leur était alors un moyen de se constituer d'une

façon plus solide sans être obligées de recourir à des procédés d'une légalité contestable tout en gardant leur pleine liberté de gestion.

A. — STRUCTURE DES ASSOCIATIONS

Depuis la loi de 1901, le mouvement vers l'association n'a cessé de s'accentuer dans tous les ordres d'idées. Les associations se développent donc en se basant sur le principe de liberté consacré par la loi de 1901 et en utilisant les facilités nouvelles qu'elles peuvent en retirer pour leur création et leur vie : « Posséder et durer » étant le droit total pour l'association et constituant sa personnalité. Mais cette personnalité n'existe pas pour l'association par le seul fait de son existence.

1° Capacité des associations. — La loi du 1er juillet 1901 a prévu trois catégories d'associations [1] :

— Les associations non déclarées qui, en fait, ne peuvent rien posséder, ne disposent d'aucun moyen pratique d'action et ne conviennent, par suite, qu'à des groupements d'une importance négligeable.

— Les associations déclarées dotées de la petite personnalité. Elles peuvent posséder de façon limitée mais suffisante, mais n'ont pas le droit de recevoir, en principe, sauf les cotisations de leurs adhérents, de dons ni de legs. (Cependant, la loi du 14 janvier 1933, relative à la surveillance des établissements de bienfaisance privée, donne [dans ses articles 35 à 38] « aux associations déclarées » qui ont pour but exclusif l'assistance ou la bienfaisance, la possibilité d'accepter les libéralités entre vifs ou testamentaires.)

— Les associations reconnues d'utilité publique qui ont sur les précédentes la supériorité de pouvoir recevoir dans

(1) Ozanam (Ch.). — Associations, syndicats et fondations : leur formation et leur fonctionnement. *Recueil Sirey*, 1947.

certaines conditions des dons et legs. Elles jouissent ainsi de la grande personnalité.

La petite ou la grande personnalité permettent donc aux associations déclarées ou reconnues d'utilité publique, de posséder et d'administrer sans aucune autorisation spéciale.

— Les associations déclarées, outres les cotisations (et les subventions des collectivités publiques qui de préférence sont données aux associations reconnues d'utilité publique mais dont peuvent bénéficier aussi les associations simplement déclarées), pourront recourir à d'autres ressources. Une association pourra faire payer des droits d'entrée et même livrer des fournitures avec bénéfice (si ce bénéfice ne doit pas être réparti entre les associés mais servir à l'accomplissement de son but social). Elle pourra tirer des revenus de son patrimoine, ou de l'activité de ses membres (revues, etc.).

Une association déclarée (article 473 du code des contributions indirectes) pourra également bénéficier du produit des taxes sur certains spectacles et manifestations.

Une association dont le siège social sera généralement à l'hôpital psychiatrique, si c'est une association de malades, pourra posséder un patrimoine illimité (valeurs mobilières, œuvres d'art, collections, etc.). Elle ne pourra constituer ce patrimoine qu'à titre onéreux, à l'aide de ses seules ressources. Il lui est donc interdit de les recevoir à titre gratuit, compte tenu de l'exception des apports mobiliers ou immobiliers faits par les nouveaux associés au moment de la constitution de l'association.

Tous les actes seront permis à l'association, à l'exception de ceux défendus par la loi ou par ses statuts.

Son conseil d'administration prendra toutes les décisions de nature à assurer sa bonne marche, et l'administration n'ayant pratiquement aucun droit d'investigation sur elle, son fonctionnement sera absolument libre. Si elle est subventionnée, l'association devra évidemment rendre des comptes aux collectivités qui lui assurent leur concours.

2° Validité et composition des associations. — Ces associations sont généralement composées comme toutes les associations de différentes catégories de membres qui se répartissent en membres d'honneur, membres bienfaiteurs, membres actifs, etc. Ces membres se recrutent parmi toutes les personnes qui s'intéressent à l'œuvre parmi les notabilités, les anciens malades et, naturellement, parmi les infirmiers, les médecins et les malades hospitalisés.

a) *Capacité civile des malades mentaux internés non interdits, et validité des associations.* — En droit, les malades mentaux internés non interdits peuvent adhérer à des associations puisqu'aucune incapacité ne pèse sur eux. Tout Français jouit des droits civils (article 8 C. C.) et l'internement d'un aliéné majeur non interdit ne crée à son encontre aucune incapacité dans le sens vrai du mot. Les actes passés par lui durant son séjour à l'hôpital psychiatrique, actes dont le sort est réglé par l'article 39 de la loi de 1838 sont non pas nuls, mais seulement annulables, sous condition de fournir la preuve de la « démence » ou, mieux, du non-consentement au temps de l'acte (*cf.* Raynier et Beaudoin, l'*Assistance psychiatrique française,* t. II, p. 479 et suivantes). Mais, en fait, les malades sont-ils capables de donner leur adhésion ? Or, le contrat d'association intervenant *intuitu personae,* le consentement des intéressés ne peut émaner que d'eux-mêmes, et c'est lui qui fonde la validité de l'association. En droit, on ne peut donc pas se prononcer pour la validité d'une association dont les membres ne sont pas en possession pleine et entière de leurs facultés, et de telles associations pourraient voir leur validité contestée. En fait, il est probable qu'on ne fera jamais de telles contestations, d'autant plus que les malades ne font généralement pas partie des Conseils d'administration qui sont composés de notabilités, de médecins et d'infirmiers.

Si les malades peuvent ainsi, sans inconvénients, être membres, certaines associations, cependant, les catégorisent

membres pupilles (comme l'Association sportive des Bruyères), et d'autres se constituent comme associations des amis d'un club de malades (comme l'Association des Amis du Club Montperrin).

b) *Composition des associations et partage des bénéfices* [1]. — L'association, dit l'article premier de la loi du 1er juillet 1901, est « la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leurs activités, dans un but autre que de partager des bénéfices... ». Le critérium de l'association est donc l'exclusion de tout partage, entre ses membres, des bénéfices réalisés par elle. On peut donc se demander si le fait, pour une association de malades, de donner à ses membres des rémunérations analogues à un pécule, ne serait pas illicite. Car ce qui est illicite, ce n'est pas l'activité des membres, c'est le fait que l'activité soit au profit des membres. Le fait que les « salaires » ainsi versés le seraient à titre thérapeutique (et que par conséquent ils entreraient dans la ligne du but même de l'association) ne joue pas, car un acte qui du point de vue médical est valable n'est pas forcément valide en droit, les deux plans ne se confondant pas nécessairement.

De plus, le but des associations de malades étant généralement d'aider au traitement et à la réadaptation sociale des malades, on pourrait objecter que les malades s'associeraient pour leur propre intérêt. L'activité d'une association devant plutôt se répartir autour d'elle, il paraîtrait curieux, par exemple, que dans une association de bienfaisance les membres puissent à la fois être bienfaiteurs et assistés.

Tout ceci joue évidemment, surtout dans la mesure où le but serait lucratif; le risque pour les associations de malades de voir ainsi leur validité contestée de ce fait est limité, mais leur sécurité n'est cependant pas parfaite.

---

(1) Nous remercions M. Charles Ozanam des entretiens qu'il a bien voulu nous accorder sur cet aspect de la question.

C'est pourquoi la meilleure formule semble être que ces associations, dont le but est en général la réadaptation sociale des malades, constituent dans leur sein un groupement de malades, ou bien qu'elles coiffent un groupement ou un « club de malades ». C'est le cas, par exemple, de « l'Association des Amis du Club Montperrin » ou le cas de la « Section Lozérienne de la Ligue d'Hygiène mentale du Centre ».

c) *Composition des organes des associations.* — Le fonctionnement des associations est assuré par l'assemblée générale qui réunit tous les associés et qui est, de ce fait, à la base de ce fonctionnement, et par le conseil d'administration qui a la charge de diriger l'association et qui pourra se composer de personnes dont les conditions de capacité requises ne diffèrent pas de celles exigées des associés. Théoriquement, les malades pourraient donc faire partie des conseils d'administration, mais cela poserait le problème de la responsabilité de tels administrateurs et de la responsabilité de telles associations. En réalité, pour que tout aille pour le mieux tant en droit qu'en fait, le rôle des malades ne doit être que consultatif. C'est ce qui se passe en pratique, et le bureau, avec son président, son vice-président, son secrétaire, son trésorier, etc., est composé de non malades. Les statuts des associations prévoient du reste, parmi les différentes catégories de membres, celles qui permettent l'accès aux assemblées générales ou l'élection au bureau.

En résumé, si les malades mentaux internés non interdits peuvent être membres de ces associations faites pour eux, il y a cependant de multiples raisons pour lesquelles il serait préférable qu'ils n'y adhèrent pas directement. En fait, ils sont membres actifs de nombreuses associations.

3° Comptabilité des associations. — La tenue d'une comptabilité est indispensable à la bonne marche d'une association. Le but d'une comptabilité étant « d'enregistrer méthodiquement et intégralement dans leurs causes et leurs

effets toutes les opérations effectuées par une personne, une entreprise, une collectivité, de manière à déterminer à tout instant :

« *a)* La situation (de la personne, de l'entreprise ou de la collectivité) : son bilan;

« *b)* Le résultat des opérations : son compte d'exploitation » [1].

En effet, l'interdiction « de partager des bénéfices » n'implique pas la non réalisation par les associations de profits qui sont nécessaires à la fin d'un exercice pour les besoins de l'exercice suivant; l'obligation de limiter leur patrimoine aux immeubles « strictement nécessaires » (associations déclarées) ou simplement « nécessaires » (associations reconnues) ne dispense pas les associations de reconnaître dans leur actif les biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation de leurs buts; l'éventualité de leur liquidation implique un bilan correct. De plus, si l'association reçoit des subventions de l'état ou des collectivités locales, elle est « tenue de fournir à l'autorité qui a mandaté la subvention une copie certifiée de ses budgets et de ses comptes de l'exercice écoulé, ainsi que tous documents faisant connaître les résultats de son activité » (décret-loi du 30 octobre 1935). D'autres décrets impliquent la tenue pour les associations d'une comptabilité, et enfin « le plan comptable général » établi par la Commission de Normalisation des comptabilités est imposé par le décret du 22 octobre 1947 « dans les établissements publics à caractère industriel ou commercial et dans les sociétés d'économie mixte, où la participation de l'Etat, des collectivités publiques et des établissements publics est au moins égal à 20 % du capital ». Les associations amicales non déclarées, déclarées ou reconnues d'utilité publique, subventionnées ou non, soit en vue d'une gestion régulière, soit en vue de l'attribution de subventions, soit en vue du

(1) Daligaut (R.). — La comptabilité des associations régies par la loi du 1er juillet 1901. Chassany & Cie, édit., Paris, 1948.

contrôle de l'utilisation des subventions sont donc dans l'obligation implicite de tenir une comptabilité suivant les prescriptions du plan comptable général. La tenue d'une telle comptabilité, si elle consolide le caractère institutionnel du club, en complique évidemment le fonctionnement.

B. — FONCTIONS DES ASSOCIATIONS

Le club, encadré par l'association, se greffe donc sur l'hôpital psychiatrique. Il est possible, du point de vue du droit administratif, à une association privée de s'intégrer à un organisme administratif. Mais la collaboration entre secteurs public et privé ne peut se faire que si elle est prévue ou autorisée par un texte législatif ou réglementaire : « Le particulier, en principe, n'impose pas sa collaboration » [1]. « Elle se manifeste par la participation de particuliers à des conseils ou comités ayant une existence administrative officielle et par des traités, des conventions, des agréments intervenus entre administration, d'une part, organismes privés de l'autre [2]. » Les associations étant administrées par les médecins des hôpitaux psychiatriques, il leur est donc possible de s'instituer dans l'asile, mais il est préférable qu'elles soient prévues ou autorisées. Ne constituant pas un état dans l'Etat, elles doivent entretenir avec l'établissement dans lequel elles vivent des rapports variés, en même temps qu'elles peuvent, en tant qu'organismes privés jouant un peu le rôle de curateur à la personne des malades, s'ouvrir sur l'extérieur, adhérer à d'autres associations en s'intégrant à un mouvement plus vaste d'Hygiène mentale.

Ces problèmes que nous allons maintenant envisager ont été remis en question à la III[e] Assemblée fédérale de la

---

(1) Rolland (L.). — *Précis de droit administratif*, 1947, n° 748 bis.
(2) Laporte (A.). — L'assistance publique et privée en France. Librairies Techniques, édit., Paris, 1952.

Fédération des Sociétés de Croix-Marine, à Vichy, le 3 septembre 1954.

1° Les relations de l'association avec l'hôpital psychiatrique : le problème du travail des malades. — Les malades fabriquant des objets dans un but thérapeutique de réadaptation, l'association se heurte alors, en principe, à deux écueils :

a) L'article 175 du Règlement Modèle de 1938 : « Le produit du travail appartient à l'établissement... » qui empêche théoriquement l'association qui pourrait vendre dans certaines conditions les objets fabriqués par les malades, d'en percevoir le fruit.

b) L'article 11 du règlement du 9 septembre 1899 concernant la comptabilité matière : « Aucune denrée, aucun objet, quelle qu'en soit la nature, ne peut entrer dans l'établissement ou en sortir sans autorisation de l'économe ».

Lorsque le malade travaille dans les services généraux de l'établissement et est confié à un atelier de ces services, le produit du travail appartient à l'établissement, et le malade est rémunéré par un pécule. Si le malade travaille dans les ateliers ergothérapiques de l'association, il ne devra évidemment pas toucher de pécule, mais son travail pourrait cependant être considéré comme appartenant à l'établissement. Le travail, en effet, n'appartient à l'établissement que sous réserve de l'octroi d'un pécule; cependant, ces ateliers sont généralement dirigés par des infirmiers rétribués par les soins de l'administration, et toutes les responsabilités civiles qui peuvent découler de ces travaux incomberaient par exemple, en cas d'accident, à l'établissement. Il est donc évident que les autorités de tutelles et de contrôle, tant administratives que financières, seraient en droit d'être rétives. C'est ainsi qu'en 1952, comme l'indiquait le Docteur Daumezon à la III[e] Assemblée fédérale des Sociétés de Croix-Marine, la Cour des Comptes saisie des pratiques de divers services parisiens, les a implicite-

ment condamnés. A Maison-Blanche [54], une association extérieure à l'établissement n'était donc plus en droit de gérer des fonds intérieurs à l'établissement. Cette association, qui à ce moment-là ne respectait malheureusement pas les formes comptables, aurait dû verser le produit du travail des malades à l'établissement. La Cour des Comptes, « qui vit dans la phobie des gestions occultes », fut du reste assez ennuyée d'avoir entravé des initiatives intéressantes, d'autant plus, fait remarquer Daumezon, que le règlement modèle n'est que modèle, et que c'est le règlement intérieur de chaque établissement qui fixera la base du travail; l'article 15 de l'ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés disant : « Dans tous les établissements publics où le travail des aliénés sera introduit comme moyen curatif, l'emploi du produit de ce travail sera déterminé par les règlements intérieurs de ces établissements ». La Cour des Comptes est ainsi à la recherche de formules telles que celles de la Régie d'avances, et elle invite le Ministère de la Santé à réglementer pour que les services fonctionnent correctement. Le Docteur Daumezon pense que le système de la Régie d'avances est trop rigide; il implique des écritures régulières avec des régisseurs d'avances, chaque sortie nécessitant une écriture particulière. La seule formule serait d'organiser des comités dans l'établissement, qui prendraient en charge ces moyens. A Fleury-les-Aubrais, Daumezon fait remarquer qu'il aurait pu créer un comité quelconque, mais qu'un jeune collègue se serait vu donner un comité qui aurait été le comité de surveillance. La meilleure formule serait le recours à une association régie par la loi de 1901 « qui fournirait à l'hôpital les matières premières et percevrait de lui les produits fabriqués (d'où écritures régulières) et, par ailleurs, les vendrait et utiliserait son argent dans le cadre d'une politique de socialthérapie. Néanmoins, la création d'une telle société n'est pas sans risques pour un

médecin qui, arrivant dans un hôpital, veut y développer des méthodes insolites : il risque fort de se faire proposer par les autorités l'équivalent de la Commission de Surveillance qui, si bien intentionnée qu'elle soit, n'envisagera pas la tâche sous le jour désirable; cet obstacle serait évité si l'association avait un statut, des règles et une orientation indiscutable, ce qui pourrait être fourni par une organisation comme la Fédération des Sociétés de Croix-Marine, à condition qu'elle étudie de très près les impératifs de l'organisation de la vie sociale thérapeutique à l'hôpital psychiatrique, qu'elle codifie ainsi, de façon souple pour s'adapter à la pratique assez nuancée de chaque médecin, la forme de l'intervention des Sociétés ».

En conclusion, le Docteur Daumezon propose :

« 1° L'étude, par les médecins, des conditions d'organisation de la vie sociale thérapeutique à l'hôpital psychiatrique (cette étude devant aboutir à deux ordres de conclusion :

« *a)* Conclusions générales d'Hygiène mentale, dont la Fédération doit tirer profit pour son action générale;

« *b)* Conclusions spéciales sur les conditions minima de cette action.

« 2° Etude par une Commission de juristes et de techniciens de la vie des hôpitaux psychiatriques des conclusions spéciales (1°, b) (étude précise et limitée), afin d'en tirer les règles d'action des sociétés de Croix-Marine et, éventuellement, les règles de leur composition et leur fonctionnement. »

Le Docteur Tosquelles, qui à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban a fait compléter son règlement intérieur ainsi : « Le produit du travail des malades appartient à l'établissement, à l'exception du travail fait avec les outils et matériaux appartenant aux malades eux-mêmes » (outils et matériaux qui leur sont fournis par l'Association « Ligue d'Hygiène mentale du Centre », dont ils sont membres, et à

laquelle est versé leur pécule de malades travailleurs), le propose comme modèle.

La situation du Docteur Tosquelles, comme le fait remarquer le Docteur Daumezon, est privilégiée, car on n'obtiendrait pas actuellement ce règlement intérieur. Mais si la Fédération de Croix-Marine arrivait à fédérer suffisamment d'associations, la Commission d'étude pourrait alors aller en délégation, avec les représentants des Associations fédérées, présenter au Ministère de la Santé des textes précis qu'une décision ministérielle officialiserait. Ce serait le moyen de résoudre ainsi le problème, d'autres moyens s'avérant difficiles.

Le Docteur Tosquelles pense ainsi que l'orientation se fera vers « une solution consistant à bien préciser la part des ateliers qui doivent rester administrés dans la forme traditionnelle (d'ailleurs très améliorée par le plan comptable général) et la part de possibilités d'une zone de liberté qui, ou bien serait confiée en « adjudication » à une société agréée, par exemple la Fédération, ou bien pourrait arriver à former un cadre comptable homogène dans la section des « comptes hors budget » prévus par le plan comptable ». De toute façon, le Docteur Tosquelles pense qu'il est urgent de préciser cette position pour infléchir l'attitude administrative dans un sens qui puisse permettre « la poursuite du développement des divers types d'expériences entreprises en France ».

Cette formule double est du reste pratiquée au Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de Ville-Evrard, dans le service du Docteur Sivadon, et à l'hôpital psychiatrique de Bonneval, dans le service du Docteur Henri Ey. Le Docteur Sivadon [85] présentait ainsi les conditions techniques du travail des malades à l'hôpital psychiatrique (conditions qui répondent à celles de son service), dans un rapport à la Commission des Maladies mentales, où il négligeait volontairement, comme extérieure au sujet, la réadaptation des malades au travail à la sortie :

A. — Utilisation du travail thérapeutique

Il importe souvent que la vente des objets fabriqués soit faite par les malades eux-mêmes et au profit de leur groupe de travail. Nous utilisons pour cela les services d'une *association privée comportant des malades et des anciens malades*, et qui sert d'intermédiaire plus ou moins fictif entre producteurs et acheteurs. Il va de soi que, lorsqu'un objet est destiné à être vendu, les matériaux sont fournis par l'association ou achetés directement par les malades eux-mêmes.

B. — Utilisation du travail de réapprentissage

Le problème est ici différent. Le malade est confié à un atelier des services généraux. Ici, le *produit du travail appartient* à l'établissement, en échange de l'enseignement qui est donné au malade.

C. — Assistance par le travail

Elle convient uniquement aux déficits chroniques qui n'ont pas de chance de guérison suffisante pour permettre leur adaptation sociale. Sur ce principe, devront être conçus les organismes spécialisés d'assistance aux arriérés, aux délirants chroniques, à beaucoup de vieillards, d'épileptiques, d'alcooliques, etc., organismes dont la création devient de plus en plus urgente. (Ateliers, sous la direction technique de médecins aidés de psychologues et de techniciens du travail en vue de la fabrication d'objets où la machine n'a pas encore pu remplacer la main-d'œuvre.)

Divers modes d'assistance para-hospitalière par le travail peuvent également être prévus. Citons quelques réalisations :

1° Placement en congé de longue durée (Sivadon), réalisé dès 1937 aux environs d'Ainay-le-Château;

2° Les placements agricoles surveillés (Donnadieu) ;

3° Le Colonat de Ville-Evrard (Dublineau et Sivadon, 1944) : emplois de colons (malades internés) confiés en congés de longue durée au chef de culture de l'établissement. (Ont un salaire réduit et bénéficient des lois sociales.)

4° « *Les aides* » de Fleury-les-Aubrais (Daumezon, 1939), de la Chartreuse (Lauzier) et du Service des Femmes de l'Hôpital psychiatrique de Bonneval (Ey), malades juridiquement sortis qui sont embauchés par l'établissement comme auxiliaires, à capacité ouvrière réduite et avec un salaire volontairement bas pour les inciter à rechercher un reclassement plus favorable ailleurs. Il s'agit de sujets présentant en somme une incapacité permanente, mais non définitive (statuts dans l'*Hygiène mentale*, 1946, n° 4),

Le travail, en résumé, étant une thérapeutique pour les malades, un moyen de réadaptation pour les convalescents, un mode d'assistance pour les invalides. Selon leur recrutement, certains établissements peuvent user plus ou moins de ces divers aspects du travail et, de ce fait, le prix de journée des uns s'en trouve augmenté, et celui des autres fortement diminué.

2° Les relations de l'association avec le monde extérieur : le problème de l'Hygiène mentale. — Cependant, si les textes administratifs réglementant le travail thérapeutique en venaient à ne plus rendre nécessaire la formule des associations, les clubs dans lesquels les malades organiseraient le programme de cette « zone de liberté » et prépareraient leurs loisirs, seraient naturellement toujours justifiés, mais ces clubs devraient rester encadrés par la loi du 1er juillet 1901 qui jette le pont entre l'hôpital psychiatrique et le monde extérieur. La notion clef qui s'est dégagée des Journées Psychiatriques Nationales, disait Tosquelles, c'est la notion de l'unité de l'Hygiène mentale en dehors et en dedans de l'hôpital psychiatrique. La Fédération des Sociétés de Croix-Marine a été ainsi utilisée par le Docteur Tosquelles en vue de « l'osmose de la vie extérieure et de la vie intérieure de l'asile ». Mais si les problèmes de sociothérapie impliquent aussi des problèmes d'Hygiène mentale, la sociothérapie reste en elle-même une technique psychiatrique qui, par nuances successives, se transforme en technique d'Hygiène mentale au fur et à mesure que l'état psychique des sujets auxquels elle s'applique passe de la maladie à la guérison. L'Hygiène mentale, qui demande à être revalorisée, car elle a eu trop tendance, jusqu'à présent, à être ce que le Docteur Ey appelait de la « psychanalysette », ne peut tirer que des bénéfices de son intégration dans les hôpitaux psychiatriques où elle trouverait les éléments nécessaires à la consolidation de son appareil doctrinal.

Ainsi, cette ouverture de l'asile sur le monde extérieur, cette osmose, ne peut se faire que par l'intermédiaire de ces associations privées qui poussent des prolongements

dans toute la périphérie de l'asile. L'administration avait du reste déjà prévu la collaboration d'organismes privés pour résoudre le problème des aliénés indigents sortis guéris des asiles. Le Congrès de Médecine Mentale de 1893 fut ainsi consacré à l'étude de la création de Sociétés de patronage pour les aliénés sortis guéris ou améliorés des asiles. Un projet de statuts avait été présenté au Conseil supérieur de l'Assistance Publique, et le but de ces Sociétés était : 1° de combattre les préjugés relatifs à l'incurabilité et au traitement de l'aliénation mentale; 2° de venir en aide aux aliénés indigents et nécessiteux sortis guéris de l'asile public, etc. De telles Sociétés existaient depuis longtemps dans certains départements. En 1843, Baillarger et J.-P. Falret avaient par exemple organisé deux Sociétés. On retrouve même (cité par Raynier et Beaudoin [74]), dans les *A. M. P.* de 1882 (6e série, t. 7, p. 242), un article de Baume, Directeur-Médecin de Quimper, rapportant un projet de statuts d'une telle Société et dont la ressource principale devait être le bénéfice net d'une briqueterie-tuilerie installée à l'établissement. Le nouveau était donc l'intervention des Pouvoirs Publics, intervention qui ne semble pas avoir facilité la multiplication et le développement de telles Sociétés.

Cette conception démodée est dépassée par la notion d'Hygiène mentale, de service social, etc. Mais il n'en reste pas moins vrai que l'association de malades doit rester articulée avec tous ces organismes. Les Sociétés d'Hygiène mentale de la Croix-Marine répondent parfaitement à un tel principe en établissant une liaison intime entre le service médical, le service social, les bénévoles généreux, les représentants qualifiés des administrations et les malades. Leur principe est de participer pratiquement aux progrès de l'équipement régional et départemental en organismes d'Hygiène mentale, sans se substituer aux administrations compétentes.

3° Les relations des associations entre elles : leur fédération. Ces associations apparaissent comme des aides

et des auxiliaires pour l'Etat, en même temps qu'elles sont une garantie contre son omnipotence. Elles sont en même temps un remède à l'individualisme et permettent à l'initiative individuelle de s'exercer d'une façon efficace. Elles sont le point de départ des revendications nécessaires à l'acceptation des thèses nouvelles et le moyen de les faire aboutir. Mais toutes ces initiatives privées, si elles veulent réaliser une œuvre vraiment étendue et intéresser les pouvoirs publics à leur but commun, doivent se fédérer. Le but commun de toutes ces associations étant l'organisation du travail et des activités sociales à l'intérieur même des établissements psychiatriques et la réalisation de l'entraide et de la protection sociale des inadaptés psychiques dans le milieu social, elles doivent se fédérer pour coordonner et faciliter leur action commune.

La Fédération Nationale des Sociétés d'Hygiène mentale de la Croix-Marine groupe ainsi déjà un certain nombre de Sociétés constituées dans divers départements : Puy-de-Dôme, Allier, Cantal, Haute-Loire, Lozère, plus dix-sept départements métropolitains. A sa III[e] Réunion fédérale de 1954, des Sociétés nouvellement constituées s'affiliaient à la Fédération : la « Société de l'Ile-de-France », groupant les départements de la Seine, de la Seine-et-Oise, de la Seine-et-Marne, de la Marne et de l'Oise; la « Société Montpelliérenne », la « Société Corézienne », la « Société du Calvados » et celle de l'Algérie. D'autres Sociétés d'Hygiène mentale doivent se constituer : la « Société de Franche-Comté », la « Société de l'Ille-et-Vilaine » et la « Société de la Nièvre ».

D'autres associations florissantes fonctionnent actuellement en dehors de ce mouvement : « Le Club de l'Elan » et l'association « L'Elan retrouvé », au Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard; l' « Entraide psycho-sociale féminine d'Eure-et-Loir », dans le service du Docteur Ey à l'hôpital psychiatrique de Bonneval; l' « Amicale des malades de l'hôpital de Lannemezan », dans le

service du Docteur Ueberschlag; l' « Association des Amis du Club Montperrin », à l'hôpital psychiatrique Montperrin d'Aix-en-Provence; l' « Amicale de Vauclaire », à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire, sans compter les associations non déclarées dont certaines sont très actives (Quimper, Leyme), ou la formule de l' « Université psychiatrique » de l'hôpital Gérard-Marchand, à Toulouse, etc.

Le Docteur Tosquelles, dont la réalisation d'assistance psychiatrique à Saint-Alban est « modèle », et qui est le promoteur de ce mouvement en France, estime urgente, actuellement, la Fédération de toutes ces expériences, que ce soit au sein de la Fédération des Sociétés de Croix-Marine, ou que ce soit au sein d'une autre Fédération.

L'histoire des clubs s'insère ainsi dans le phénomène très actuel du fédéralisme.

DEUXIÈME PARTIE

LES PRINCIPALES RÉALISATIONS

CHAPITRE PREMIER

« Les quatre grands » [1]

1° Le Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard et l'Association « L'Elan retrouvé ».

2° Le Centre de traitement et de réadaptation sociale de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, et l'Association « Entraide psycho-sociale féminine d'Eure-et-Loir ».

3° Le « Club Paul-Balvet » de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, et la « Section Lozérienne de la ligue d'Hygiène mentale du Centre ».

4° L'hôpital psychiatrique de Lannemezan et l' « Amicale des malades ».

Conclusions.

(1) Formule du Docteur Tosquelles.

LE CENTRE DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE DE VILLE-ÉVRARD ET L'ASSOCIATION "L'ÉLAN RETROUVÉ"

Le Service du Docteur Sivadon [91] à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard a pu modifier son aménagement et se transformer en Centre de traitement et de réadaptation sociale, grâce à la signature, le 7 juillet 1947, d'une convention entre la Préfecture de la Seine et la Sécurité Sociale, aux termes de laquelle « le service des hommes de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard serait pourvu des moyens indispensables au meilleur rendement thérapeutique, et la Caisse Régionale fournirait, sous forme de subventions, de prêts en nature et en espèces, de salaires, l'aide matérielle indispensable. Une Commission spéciale composée de représentants des divers organismes intéressés était chargée de veiller à son exécution. La durée de la convention était fixée à cinq années renouvelables ».

Cette convention est entrée en application le 1er janvier 1948. La réorganisation du service put alors être entreprise, l'équipe médico-sociale fut renforcée (un médecin-chef, deux médecins assistants, six internes, une psychologue, deux assistantes sociales) ; une équipe de techniciens fut constituée (un masseur kinésithérapeute, dix moniteurs infirmiers des hôpitaux psychiatriques chargés des thérapeutiques actives [jeux, sports, travail], deux secrétaires médicaux) ; les quartiers de type asilaire furent transformés, et l'ambiance du service ainsi rajeuni rendit possible l'application des techniques biologiques et des techniques psychothérapiques individuelles et collectives nécessaires à la réadaptation du sujet.

L'accueil du nouveau venu fut codifié; une hôtesse le recevait, qui le mettait ultérieurement en rapport avec ses « camarades ». Des séances d'accueil sont organisées ensuite. Tandis que les méthodes biologiques lui sont appliquées « et le ramènent ainsi à la dignité de malade », le sujet est intégré dans des groupes psychothérapiques et dans l'activité des clubs dans laquelle consiste essentiellement la sociothérapie.

L'existence de tels clubs avait du reste été déjà favorisée avant la modernisation du service par le Docteur S. Follin [90]. De 1945 à 1947, le « Club des crisants » fonctionna régulièrement, groupant de dix à trente malades autour d'activités d'entraide et de jeux. « Le premier résultat de cette reprise d'une vie sociale rudimentaire, dit l'auteur, à l'intérieur d'un service d'asile de formule carcérale, fut de leur faire prendre conscience de leur intolérable situation d'aliénés. Ce qui se traduisit bientôt chez les uns par des réactions agressives mineures et par la création d'un éphémère club dissident : « les anti-crisants », et chez les autres par une utilisation débordante de style loufoque. Il s'agissait pour ces derniers, par le maniement de l'humour noir, de bénéficier et de rendre ainsi acceptable leur condition de fous. Le club des « crisants » devint le « Club des robots impénitents synthétiques, actifs, neutra- » lisés, terriblement solidifiés », et il s'applique à monter des revues et des spectacles où la folie était présentée sous ses aspects cocasses les plus classiques... La valeur cathartique et désensibilisante de ces « psychodrames » rudimentaire est attestée par le fait que les organisateurs de ce club, depuis longtemps sortis, gardent après six ans un contact confiant avec le service et participent aux activités du club de postcure de « l'Elan ». »

La modernisation du service, en 1948, permit alors la création de nombreux clubs nouveaux; ces clubs sont : les uns éphémères, ne durant que le temps de leur utilité, les autres sont permanents [88] :

— Le club sportif prend part à des compétitions avec des équipes dè l'extérieur, et se déplace dans d'autres établissements;

— Le club des fêtes et des kermesses organise des représentations théâtrales, des fêtes en plein air;

— Le club musical compte un jazz et une chorale;

– Le club de camping organise, l'été, des sorties à l'extérieur de l'établissement;

— Le club culturel comprend des conférences faites par les malades, des cours de langue, de comptabilité, etc.;

— Le club du Tremplin compose l'organe mensuel de l'association « L'Elan retrouvé ». Cette association encadre le

— Club des ateliers qui s'occupe de l'achat des matériaux, de la vente des produits fabriqués, de l'utilisation des bénéfices réalisés par ces ateliers dans l'intérêt de l'association.

Tous ces clubs constituent autant de petits groupes, comprenant de six à huit personnes, au sein desquels les malades pourront se socialiser en établissant des relations interpersonnelles et en vivant leur émancipation par rapport aux autorités de tutelle.

L'association « L'Elan retrouvé » encadre alors les activités ergothérapiques et sociothérapiques du service dans une formule légale et permet de gérer des fonds d'une façon licite. Elle étendit, en 1948, ses activités à l'extérieur de l'établissement, par l'intermédiaire du « Club de l'Elan » [89] qui doit ainsi son nom au fait « qu'il représente une des activités de l'association « L'Elan retrouvé » qui s'était donné pour tâche d'apporter des solutions efficaces aux multiples problèmes de la réadaptation sociale des déficients mentaux ». Les clubs de malades sont ainsi à l'origine de clubs d'anciens malades qui jouent pour la postcure un rôle aussi important que pour la cure. « Il n'est pas besoin, font remarquer Sivadon et Baumé [89], de souligner

tout ce qui sépare la formule du « club » de celle de « patronage de malades sortis ». Car le but des clubs est de donner aux malades et aux anciens malades un rôle actif dans leur réadaptation, dans un esprit démocratique exempt de tout caractère charitable. »

L'association « L'Elan retrouvé », si elle permet ainsi l'accomplissement d'une thérapeutique par le travail de formule souple qui sera à la base de la vie des « clubs » qu'elle financera, n'empêche pas qu'une grande partie des malades exécutera des travaux dont le produit appartiendra à l'établissement et sera pour lui source d'économie.

C'est ainsi que la plupart des travaux de ferme, de terrassement, de démolition et de construction, de bûcheronnage, etc., se feront dans le cadre d' « équipes » de cinq à quinze malades. Mais ce que le Docteur Sivadon essaie d'éviter le plus possible, c'est la formule du « bon travailleur » qui est en réalité « un bon chronique ». Car, dit-il [88] : « la thérapeutique par le travail suppose un refus de la situation actuelle et un progrès dans le sens de l'évolution des fonctions. Elle ne consiste pas à « adapter à l'hôpital psychiatrique », par un travail trop facile et routinier, des sujets qui trouvent là un refuge dont il sera difficile, voire impossible de les faire s'évader ».

La réadaptation sociale et les clubs, au Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard, a donc trouvé dans la formule de l' « Association » le moyen de rendre beaucoup plus souple la vie sociale et le travail thérapeutique dans un service modernisé, en pleine possession de ses moyens thérapeutiques. Cette formule lui a permis également de s'ouvrir sur l'extérieur en créant à Paris un club de postcure. En définitive, l'organisation de Ville-Evrard devient ainsi essentiellement extra-hospitalière, faisant échapper le malade au cadre périmé de l'asile. Il est évident que le côté économique de l' « Association » a son importance, mais il ne rentre que pour une part assez modeste dans le système de « L'Elan ».

LE CENTRE DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BONNEVAL ET L'ASSOCIATION "ENTRAIDE PSYCHOSOCIALE FÉMININE D'EURE-ET-LOIR"

La modernisation du service des femmes de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, après les démarches du Docteur Henri Ey [40] auprès des autorités locales du département d'Eure-et-Loir, du Ministère de la Santé Publique et de la Caisse Régionale de la Sécurité Sociale, fut entreprise en 1950. A la transformation matérielle du service devait s'ajouter l'aide considérable, notamment en personnel, apportée par une convention passée entre le département d'Eure-et-Loir et la Caisse Régionale de la Sécurité Sociale de la région parisienne. Le service des femmes qui, en 1933, était le « prototype du pire service asilaire : malades entassées à coup de transferts destinés à décongestionner les asiles de Paris, tinettes, absence de chauffage, personnel infirmier à peu près inexistant, etc. », pouvait être considéré comme « à peu près satisfaisant » en 1953. Le bouleversement de la structure du service, joint à l'emploi des thérapeutiques biologiques et psychologiques, y permit alors l'épanouissement de la vie sociale. Mais, de même qu'à Ville-Evrard, les activités sociales ne purent prendre leur plein essor qu'encadrées par une association qui permettait le libre maniement des fonds

nécessaires à une ergothérapie et à une sociothérapie souple ainsi que l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. La Société d'Entraide psychosociale féminine d'Eure-et-Loir est ainsi devenue « la raison sociale qui symbolisait tout à la fois l'idéal des médecins, l'activité du personnel et l'élan des malades ».

En 1949, le Docteur Ey fondait donc l'association dite « Entraide psychosociale féminine d'Eure-et-Loir » dont le but était d'aider au traitement et à la réadaptation sociale des femmes hospitalisées dans son service.

Cette association s'était assigné comme but : 1° d'aider et de reclasser dans leur milieu familial et professionnel les femmes atteintes de troubles nerveux et mentaux; 2° de faciliter par tous les moyens possibles la rééducation par le travail (ergothérapie) et par l'organisation de toutes les activités collectives psychothérapeutiques nécessaires à leur réadaptation sociale.

Ainsi, sous son égide, les ateliers d'ergothérapie, les multiples manifestations d'entraide, les fêtes, les kermesses ont animé le service des femmes.

L'entraide doit fournir tous les moyens nécessaires à l'ergothérapie, en assurant la marche de plusieurs ateliers (ateliers de raphia, de broderie, d'imprimerie-reliure) et elle distribue aux malades rémunérations, secours et même « salaires », ce qui les incite à se reclasser elles-mêmes dans une activité sociale normale.

Assemblée générale constitutive de l'association

Le jeudi 27 janvier 1949, à 15 heures, se sont réunies dans un bureau de la Préfecture d'Eure-et-Loir, sous la présidence de M. le Docteur Basse, Directeur de la Santé, les personnes désireuses de constituer l'association « Entraide psychosociale féminine d'Eure-et-Loir ».

Après avoir approuvé unanimement un projet de statuts

qui sera déposé à la Préfecture, le bureau pour 1949 a été élu à l'unanimité, dans les membres présents :

Présidente.....	Mme Vigneron (de Chartres).
Vice-Présidentes.....	Mme Basse (de Chartres), Mlle Regnault (de Châteaudun).
Secrétaire générale..	Mlle Lesieur (de Bonneval).
Secrétaire adjointe..	Mme Brunet (de Dreux).
Trésorière.....	Mlle Janvrese, en religion, Sœur Marie-Augustin (de Bonneval).

Dès sa constitution, le bureau a désigné M. le Docteur Henri Ey comme conseiller technique.

Statuts de l'association « Entraide psychosociale féminine d'Eure-et-Loir »

Article premier. — Il est constitué une association ayant pour but d'aider au traitement et à la réadaptation sociale des femmes domiciliées en Eure-et-Loir atteintes de troubles nerveux ou mentaux, passagers ou durables.

Art. 2. — Peuvent faire partie de cette association toutes les personnes qui désireront concourir à ce but et seront agréées par le bureau, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

Art. 3. — L'association aidera toutes les personnes définies par l'article premier et qui se trouveraient de ce fait inadaptées à la vie sociale. Elle les aidera à se reclasser dans leur milieu familial et professionnel. Pour le cas où il s'agirait de malades placées dans des services neuro-psychiatriques ouverts ou fermés, une aide aussi efficace que possible leur sera apportée dans le cadre des lois et règlements en vigueur et sous réserve et en accord avec le médecin traitant. L'association facilitera notamment, par tous les moyens possibles, la rééducation par le travail et l'organisation de toutes les activités collectives psychothérapiques nécessaires à la réadaptation sociale.

Art. 4. — L'association tient une Assemblée générale tous les ans. L'Assemblée générale pourra être convoquée exceptionnellement par le bureau ou par le tiers de l'ensemble de ses membres.

Art. 5. — L'association est composée de membres actifs et de membres bienfaiteurs. Elle pourra, en outre, désigner des membres honoraires pour constituer son Comité de patronage.

Art. 6. — Le montant des cotisations est fixé tous les ans par l'Assemblée générale. Celle des membres bienfaiteurs sera d'au moins cinq fois supérieure à la cotisation des membres actifs.

Art. 7. — Un bureau comprenant une Présidente, deux Vice-Présidentes, une Secrétaire générale, une Secrétaire adjointe et une Trésorière, sera élu tous les ans par l'Assemblée générale. Le bureau s'adjoindra un médecin comme conseiller technique.

Art. 8. — Le bureau administrera l'association et prendra toutes les initiatives nécessaires à son activité et à son efficacité. Il rendra compte de son action à l'Assemblée générale.

Art. 9. — L'association n'a aucun caractère politique. Toutes les discussions politiques ou religieuses sont interdites.

Art. 10. — Le siège social de l'association est sis dans les services de la direction de la Santé d'Eure-et-Loir, 6, rue de Beauvais.

Art. 11. — En cas de dissolution prononcée par l'Assemblée générale, tout le solde créditeur des comptes de l'association sera distribué à titre de secours aux malades, dans les services neuro-psychiatriques d'Eure-et-Loir.

ORGANISATION DE L'ERGOTHÉRAPIE ET DE LA SOCIOTHÉRAPIE DANS LE SERVICE, DANS LE CADRE DE « L'ENTRAIDE PSYCHO-SOCIALE FÉMININE D'EURE-ET-LOIR ».

En 1953, dans le numéro de mai du journal *Le Bon Sens,* le Docteur EY exposait ainsi l'organisation des activités sociales dans son service :

« L'Entraide a maintenant atteint assez de développement et dispose d'assez de ressources pour que son action devienne plus effective dans les diverses sections de mon service. Nous ne devons pas perdre de vue qu'il s'agit avant tout d'animer les activités laborieuses et sociales des malades et, à ce point de vue, je tiens à bien préciser qu'il ne saurait être question d'opposer au système réglementaire du pécule un autre système de rémunération. Pour moi comme pour tous mes collaborateurs, tout ce qui est fait par l'intermédiaire de l'Entraide s'adresse à toutes les malades qui veulent bien en faire partie et quelle que soit la modalité du travail qu'elles produisent. »

1° *Création de sections de l'Entraide parmi les malades.* — Les malades hospitalisées dans le service peuvent faire partie de l'Entraide à une double condition :

a) En exprimer le désir;

b) Avoir l'agrément du chef de service.

Elles sont dispensées de toute cotisation; à leur sortie elles peuvent, si elles le veulent, devenir membre cotisant de l'Entraide.

Dans chaque section, les membres de l'Entraide éliront, tous les trois mois, trois déléguées dont une Secrétaire-Trésorière. Ces déléguées administreront avec l'aide des Sœurs chargées du service et de l'interne préposé à la direction médicale de l'Entraide, toutes les formes d'activité sociale et ergothérapique sous le contrôle du médecin-chef. La réunion de ces déléguées, des Sœurs du service et de l'Interne constitue le Comité de la Section. (De ce

Comité fait partie également une infirmière désignée par ses compagnes dans chaque section.)

2° *Caisse centrale et caisses des sections.* — Il est constitué, pour chacune des cinq sections de l'Entraide, une caisse de section, soit : 1° aux Rives; 2° aux Colonnes; 3° à l'Hospice et à la Clinique; 4° à la Grève; 5° au service Libre et au Pensionnat.

Chacune de ces caisses reçoit au départ 20.000 francs.

Les recettes de ces caisses sont constituées par le produit des activités ergothérapiques et sociales de la section (moins 25 % versés à la caisse centrale).

Les dépenses consisteront en salaires distribués conformément aux dispositions prises par le Comité de la section. Le matériel et les matières premières nécessaires à l'ergothérapie et à la sociothérapie de la section sont fournis par la caisse centrale.

3° *Comptabilité et répartition de l'argent des caisses.* — Les sommes attribuées aux malades seront déposées en bons de crédits et non en numéraires, en crédits auprès des Sœurs de chaque service. Un règlement ultérieur fixera les modalités du crédit et des bons de crédit. Il sera établi dans chaque section une double comptabilité consignée sur deux registres :

a) Comptabilité de la caisse de section comportant, à partir des 20.000 francs de départ, toutes les entrées et sorties d'argent;

b) Comptabilité des comptes créditeurs des malades.

Ces comptes seront contrôlés par le bureau de l'Entraide, tous les trois mois.

En 1953, l'Entraide psychosociale avait suffisamment de vitalité pour se donner une armature plus officielle. Un *Comité d'honneur et de patronage* fut constitué, groupant les noms de :

M. le Ministre de la Santé Publique et de la Population;
M. Violette, Président du Conseil général d'Eure-et-Loir;

M. le Préfet d'Eure-et-Loir;

Mgr Harscouet, Evêque de Chartres;

M. Levacher, Député d'Eure-et-Loir;

M. le Docteur Haye, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins d'Eure-et-Loir.

De plus, un Comité de gestion accessible à tous les dévouements fut constitué, qui compte parmi ses membres différentes personnalités du département et de la municipalité de Bonneval (Mme la Préfète, Mme la Sous-Préfète, M. le Maire de Bonneval, M. le Président de la Commission de Surveillance, etc.).

Ainsi fut donc créé, à l'hôpital, un organisme destiné à sortir les malades de l'inactivité et qui, avec l'aide de bonnes volontés extérieures et la collaboration du personnel, ouvrait la vie des malades sur l'extérieur. Cet organisme permit la création de petits groupes dans chaque section, se réunissant sous les prétextes les plus divers et décidant des activités les plus variées. Le caractère économique de cette organisation prit une valeur très importante tant par les rémunérations versées aux malades à titre thérapeutique et à titre d'entraide à la sortie, que par la grande liberté que l'argent des caisses de sections donnait à la vie des malades dans le service. Cette organisation eut pour résultat de donner ainsi aux malades une part importante dans la gestion de leurs activités et de leurs loisirs, et de leur faire vivre leur émancipation. L'argent nécessaire à la bonne marche de l'affaire est fourni pour la plus grande partie par les travaux que les malades exécutent dans les diverses sections ou dans les ateliers de l'Entraide (broderie, couture, objets en raphia, reliure) et qui sont vendus à l'extérieur par l'intermédiaire de l'association. Une kermesse permet de renflouer annuellement la caisse centrale qui fournit toutes les matières premières nécessaires à l'exécution de ces travaux, tout en mettant ce jour-là l'hôpital en contact étroit avec la population du département. L'organe trimestriel de l'association, le jour-

nal *Le Bon Sens,* qui est rédigé par les membres de l'Entraide et par les malades et imprimé par les malades dans les ateliers d'ergothérapie, les met en liaison avec le monde extérieur et avec les autres hôpitaux psychiatriques. L'association fait des dons ou des prêts aux malades nécessiteuses pour lesquelles des problèmes insolubles de réadaptation se posent à la sortie. Elle est propriétaire d'une automobile, en participation avec l'assistante sociale, ce qui permet encore une très grande liberté d'action dans les cas particuliers de chaque malade. Elle permit ainsi une liaison régulière avec les organismes de postcure établis à Chartres. Une annexe du service Libre comportant seulement deux lits a pu être en effet ouverte en 1953, dans une pension de famille tenue par les Sœurs de Saint-Paul, à Chartres, où l'A. M. G. accepte de continuer l'hospitalisation pour les malades même si celles-ci trouvent un emploi rémunéré. (Malheureusement, comme le déplorait le Docteur Ey dans son rapport annuel de 1953, les textes et règlements n'ont pas permis à la Sécurité Sociale d'adopter la même attitude).

Nous rendrons compte ici de la *situation financière* de l'association au mois de janvier 1954, pour donner une idée de sa vie économique. Le rapport financier montrait, en janvier 1954, un avoir dans la caisse centrale et dans les caisses de sections de 485.000 francs avec un matériel évalué à 300.000 francs, ce qui faisait un avoir de près de 800.000 francs. La totalité des dépenses s'étant élevée à 1.350.000 francs pour 1.200.000 francs d'entrées de fonds. Il a été versé au cours de l'année, aux malades, une somme de 420.000 francs, dont 220.000 francs en « salaire » et 200.000 francs en dons et amélioration du sort des malades.

Une étude plus détaillée des comptes montrait que les dépenses en matières premières s'étaient montées à 195.000 francs, dont la moitié pour le raphia et l'autre moitié pour la reliure. Les recettes de ces ateliers ont été de 300.000 francs pour le raphia et 200.000 francs pour

la reliure, les ateliers de raphia ayant réalisé un bénéfice de 200.000 francs et celui de la reliure de 90.000 francs.

L'association qui s'est ainsi mêlée profondément à la vie des malades est leur propriété. La gestion de cette source de revenus devenait ainsi pour elles l'occasion de s'intéresser en commum à une entreprise tout à la fois susceptible d'améliorer leur sort matériel et de les sortir de leur isolement. Cette source de revenus permettait de doter des malades qui à leur sortie étaient dans le besoin, de moyens suffisants à une réadaptation correcte, d'offrir à des malades indigentes des sorties et des vacances et même, comme le racontait le Docteur Ey à l'Assemblée générale annuelle de 1953, d'éviter le réinternement à une ancienne malade qui, n'ayant plus de situation, ne voyait de solution dans son découragement que de revenir finir ses jours à l'hôpital : l'hôtel lui fut payé par l'Entraide pendant les quinze jours nécessaires à lui trouver une nouvelle place.

Pour bien situer le rôle de cette formule dans l'activité thérapeutique du service, nous ne pouvons mieux faire que de citer de larges extraits du rapport annuel du Docteur Henri Ey sur le fonctionnement de son service pendant l'année 1953 :

« *Activité thérapeutique.* — Comme je l'ai précédemment signalé dans mes précédents rapports, nous mettons tout en œuvre, dans chaque cas particulier, pour obtenir un résultat pratique rapide. C'est dire que nous ne nous embarrassons d'aucune considération doctrinale, et que nous utilisons tout à la fois les méthodes biologiques, les thérapeutiques médicamenteuses (et notamment hormonales), les traitements de choc et même la psycho-chirurgie dans certains cas sévèrement choisis, en même temps que nous faisons porter notre incessant effort dans le sens d'une psychothérapie individuelle et d'une sociothérapie collective. C'est certainement à la convergence de tous ces efforts et au zèle de tous nos collaborateurs que j'ai pu obtenir des résultats satisfaisants, même là où un scepticisme thérapeu-

tique pouvait paraître justifié. C'est grâce à cet esprit essentiellement curateur et optimiste que nous pouvons faire rendre au service son maximum d'efficacité pour la récupération sociale. Sans faire de l'électrochoc, de l'électronarcose ou des chocs anphétaminiques une sorte de traitement standard qui nous dispense d'appliquer des thérapeutiques mieux psychologiquement ou pratiquement ajustées au cas particulier, nous ne craignons pas d'y recourir souvent, et il m'est arrivé bien des fois d'avoir hésité trop longtemps à les employer.

« Je voudrais insister tout particulièrement sur les résultats obtenus par l'emploi des cures d'insuline, des cures de sommeil, des lobotomies et des méthodes psychothérapiques.

« 1° *Cures d'insuline.* — Dans le service, cette année, nous avons pu mener à bien 40 cures d'insuline, dont certaines ont été poussées jusqu'à 70 ou 80 comas, et même plus [(1)].

« Nous avons obtenu par cette thérapeutique qui nous paraît de beaucoup la plus active pour interrompre ou prévenir le développement des formes chroniques délirantes et schizophréniques, 14 rémissions totales et 14 améliorations considérables. La plupart des malades ont pu sortir alors que le pronostic était particulièrement grave. L'association cardiazol-insuline nous paraît être d'une grande efficacité. Nous avons cependant à déplorer un décès par collapsus (accident qui ne s'était pas produit dans le service depuis 1947).

« 2° *Cures de sommeil.* — Nous avons soumis à cette thérapeutique 37 malades. Il s'agissait, pour la plupart des

(1) Le mouvement de la population du service fermé se détaillant ainsi pour l'année 1953 : malades présentes au 1er janvier 1953 : 315; entrées : 174; sorties : 132; décès : 30; transfert : 1. Malades présentes au 31 décembre 1953 : 326; et pour le service libre : malades présentes au 1er janvier 1953 : 21; entrées : 168; sorties : 157; transferts en service fermé : 9; décès : 2; malades au 31 décembre 1953 : 21.

cas, d'états d'anxiété, de réactions névropathiques ou de syndromes psychosomatiques (hypochondries, algies, troubles fonctionnels). Les résultats de ces 37 cures sont les suivants : 12 excellentes rémissions équivalant à des guérisons stables, et 15 améliorations sensibles. Nous avons poursuivi avec le Docteur Bérard et le Docteur Dérouet, cette année, la mise au point de cette méthode de cure de sommeil, notamment au point de vue physiopathologie, cela grâce à la subvention que nous avons reçue à cet effet de la Caisse Nationale des Recherches Scientifiques.

« 3° *Lobotomies.* — J'ai fait pratiquer cette année 5 lobotomies. Deux ont été faites au début de l'année. Il s'agissait d'un cas d'hébéphréno-catatonie et d'un cas d'arriération avec turbulence désordonnée. Cette dernière a été calmée par le traitement, mais on ne peut pas considérer qu'aucun de ces deux cas ait bénéficié véritablement de l'opération. Par contre, les 3 malades opérées en fin d'année (recul à l'heure où je rédige ce rapport, de six mois seulement), ont été si considérablement transformées que cela tient pour le moment du miracle. Je compte, l'année prochaine, fournir une statistique complète des 35 cas de lobotomies opérées dans mon service depuis six ans. Je préfère ne pas les exposer encore, car je désire avoir tous les éléments d'appréciation, et mon élève, Cl. Igert [49] fait actuellement sa thèse de Doctorat sur ce point.

« 4° *Psychothérapie.* — Certains cas ont été soignés par psychothérapie individuelle (psychothérapie analytique, subnarcose). Ces cas sont relativement peu nombreux, car il est difficile à quatre médecins de faire face à l'avalanche de 350 entrées dans le service et de soigner les 350 malades qui s'y trouvent ensemble hospitalisées. Nous avons pu, cependant, enregistrer quelques succès importants dans un cas de névrose grave. Mais notre effort depuis plusieurs années se porte sur une « sociothérapie » qui, à base de travail (occupational therapy) et d'activité de but psycho-

thérapique constituant notre « Entraide psychosociale », nous a permis d'éveiller des intérêts et de multiples contacts sociaux. Cette activité véritablement « institutionnelle » dans le service crée une ambiance éminemment favorable, mais on conçoit qu'il est difficile d'en chiffrer exactement les résultats. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, depuis que l'ambiance du service est devenue plus sociable et moins concentrée, le mouvement de sortie ne cesse de s'accroître. »

LE "CLUB PAUL-BALVET" DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE SAINT-ALBAN ET LA "SECTION LOZÉRIENNE DE LA LIGUE D'HYGIÈNE MENTALE DU CENTRE"

L'organisation de l'Entraide psychosociale féminine d'Eure-et-Loir s'est très inspirée de l'organisation Saint-Albanaise. C'est au cours d'un séjour à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban que les Docteurs Tosquelles et Millon nous ont fait participer à la vie de cette « réalisation modèle d'assistance » [1].

Naissance de la vie sociale et du club

En 1941, le Docteur Balvet [2] utilisa les initiatives d'une employée qui organisait une « salle des fêtes » pour étendre les activités de ce petit groupe à tout l'hôpital. En 1947, à la suite des propositions des Docteurs Gallavardin et Tosquelles, la Commission de Surveillance approuvait alors les statuts de ce qui était devenu le club « Paul-Balvet ».

Pendant ce temps, la Société d'Hygiène mentale du Centre s'était créée pour résoudre les problèmes d'hygiène mentale du Puy-de-Dôme, sous l'impulsion du Dr Doussinet

(1) On trouvera un exposé plus particulier de cette réalisation dans les interventions du Docteur Tosquelles [97] au Symposium de Bonneval de 1951, dans la thèse de Teulié [94], dans les publications de Millon, Fargeot et Teulié [61], dans l'*Evolution psychiatrique* [37] et dans les publications de la section lozérienne de la Ligue d'Hygiène mentale du Centre.

[33], et la Société d'Hygiène mentale de la Lozère que les Docteurs Clément, Chaurand, Bonnafé et Tosquelles [13] avaient créée en 1945, dans le même esprit, était dissoute pour devenir « La Section Lozérienne de la ligue d'Hygiène mentale du Centre ».

Le Docteur Tosquelles qui, avec le Docteur Chaurand, avait fait modifier ainsi le règlement intérieur de Saint-Alban concernant le travail des malades : « Le travail des malades appartient à l'établissement, à l'exception du travail fait avec les outils et matériaux appartenant aux malades eux-mêmes », pouvait, en 1950, lorsque la Ligue d'Hygiène du Centre eut créé une « Commission d'organisation des ateliers d'ergothérapie dans les maisons de vieillards, d'infirmes ou de diminués », organiser un groupement d'ergothérapie dans sa section lozérienne. Les outils et les matériaux étaient alors fournis aux malades par l'association.

Le club « Paul-Balvet », constitué en 1947, se doublait donc, en 1950, de coopératives d'ateliers d'ergothérapie, dont le contrôle économique était assuré par une sous-Commission d'ergothérapie.

L'étape club-ateliers coopérateurs marquait ainsi l'autonomie des relations sociales des malades à l'hôpital psychiatrique et permettait l'accès à une « thérapeutique active ». Ergothérapie et club constituaient alors des dispositifs sociothérapiques solidaires, à activité à la fois occupationnelle et récréative.

Le club, absolument autonome, est la propriété exclusive des malades. Il vise à leur émancipation par rapport à l'administration. En s'opposant pour ainsi dire en force à l'administration et aux médecins, les malades reprendront une conscience collective et, dans la mesure où ils se sentiront les maîtres, ils s'agglutineront et auront tendance à former des groupes. Les infirmiers et les médecins invités au club par les malades, y exerceront indirectement leur action psychothérapique, tandis que le club sera géré par

les seuls malades. Le club est mixte et en font partie les malades du service des femmes et du service des hommes.

Structure interne du club

Les textes statutaires [1] réglementant la vie du club sont ainsi résumés par Teulié [94] :

« Le club devient un service de la section lozérienne dotée de l'autonomie financière et du contrôle indirect, mais effectif des fonds.

« Tous les malades de l'hôpital sont considérés membres de droit du club. Ils ne peuvent être exclus que sur indication médicale ou par décision extraordinaire du bureau, pour des questions de discipline après avis conforme des médecins. Ils sont représentés dans les Assemblées et Organes d'administration du club par des malades nommés délégués, élus au cours de réunions de quartiers, d'après une procédure qui sera déterminée chaque fois par le médecin et adaptée aux circonstances particulières du groupe.

« Le club est administré par trois organismes : l'Assemblée générale, le bureau et les Commissions de travail.

« 1° L'Assemblée générale, convoquée tous les deuxièmes mercredis du mois, prend connaissance des rapports de chaque Commission, approuve les comptes et le budget, ratifie le bureau et les membres responsables des Commissions, donne son avis sur tous les problèmes qui lui sont soumis par le bureau et fait des propositions.

« 2° Le bureau, qui se réunit tous les mercredis, a comme tâche principale le contrôle, l'organisation et la coordination du travail des diverses Commissions. Il est l'organe du pouvoir exécutif. Il est formé d'un Président, représentant la collectivité dans tous les actes officiels et dirigeant les discussions du bureau, d'un Vice-Président qui substitue le Président en cas d'absence, d'un Secrétaire et des membres délégués responsables, Présidents de chaque Commission de travail.

« 3° Les Commissions de travail, dont le nombre a légèrement varié avec le développement du club, sont actuellement au nombre de huit : secrétariat, cantine, jeux et distractions, bibliothèque, discothèque, cinéma, journal, sports. On nomme des Commissions extraordinaires pour l'organisation des fêtes officielles (Noël, Carnaval, 14 juillet, etc.). Chaque Commission a ses réunions préparatoires à jour fixe. Les réunions sont plus ou moins nombreuses suivant les activités de la Commission. Ses projets ne sont exécu-

(1) Constitution du Club Paul-Balvet. Edition du Chemin. Section lozérienne de la Société d'Hygiène mentale du Centre, 1947.

toires qu'après approbation du bureau du club et s'ils ne se heurtent pas au veto médical, les Commissions ont la responsabilité de l'exécution des projets approuvés.

« Enfin, chaque Commission, ainsi que chaque groupe de quartier, sont conseillés dans leurs fonctions par un membre actif de la Société d'Hygiène mentale (infirmier à l'hôpital) nommé à cet effet. Le Conseiller social désigné au Secrétariat, coordonne le travail d'ensemble. »

Financement du club et articulation avec le pécule

La moitié des bénéfices des ateliers coopérateurs va aux malades qui y travaillent, et l'autre moitié à la caisse de la section chargée de l'atelier. Quant aux malades travaillant pour l'établissement dans les services généraux, la totalité de leur pécule est versée par l'établissement à la ligue qui, par l'intermédiaire du club, en assure l'utilisation et la répartition. Un tableau des postes prévus et des postes vacants est établi par l'économat qui engage les malades. Un contrat de travail est établi, des bulletins de salaires régulièrement donnés, et cette présentation des choses a une valeur thérapeutique. Une petite série de postes à gros pécule (500 francs, 900 francs et plus) s'ajoute à une série de petits pécules pour l'encouragement au travail (200 francs).

L'existence des ateliers coopérateurs n'a pas porté préjudice aux ateliers généraux, et le travail des malades pour l'établissement a considérablement augmenté depuis leur création.

Le club, avec toutes ses Commissions de travail, est ainsi autofinancé. La cantine gérée par le club y joue un rôle considérable en assurant une multiplicité d'échanges, tandis que le club commande aux ateliers coopérateurs ce dont il a besoin. « On comprend, dit le Docteur Ey [37], que sous cette « administration » quasi autonome de leurs relations sociales fondamentales, les malades se sentent « valorisés » et « personnalisés ». Et tout, dans le genre de vie qu'ils mènent, renforce cette lutte contre l'anéantissement

de l'individu par la névrose ou la psychose. Toute la vie quotidienne est sans cesse animée (fêtes patronales, concours, kermesses, veillées, promenades)... » Il n'y a effectivement pas un moment de la journée ou de la soirée où une activité du club ne soit pas prévue.

Articulation du club avec l'extérieur

Le club et les ateliers encadrés par la section lozérienne de la Ligue d'Hygiène mentale du Centre sont donc absolument indépendants de l'administration de l'hôpital psychiatrique. Aucun article du budget de l'établissement ne concerne leur vie. Le club est géré par Me Buflière, contrôleur aux comptes; la surveillante générale est dépositaire des fonds et un socialthérapeute coordonne les activités. La Commission de surveillance, en tant que membre actif de la ligue, surveille le fonctionnement du club dont le budget, pour 1954, s'élevait à plus de 3.500.000 francs.

L'association qui encadre le club le met en rapport avec toute l'organisation de l'Hygiène mentale de la région. A la suite de la création dans d'autres départements de Sociétés d'Hygiène mentale et de clubs analogues, il se créa, en 1952, la Fédération Nationale des Sociétés de Croix-Marine [1] (*cf.* chapitre IV), dont l'article premier des statuts exprime le but :

« Article premier. — Il est fondé dans le cadre de la loi du 1er juillet 1901, une association déclarée à la Préfecture du Puy-de-Dôme, à Clermont-Ferrand, pour assurer l'union des diverses Sociétés et des divers Comités ayant pris pour objet le développement de l'hygiène mentale et de la prophylaxie mentale, ainsi que l'assistance aux mineurs en danger, aux déficients mentaux et aux inadaptés psychiques, et pour emblème la croix grecque de couleur bleu marine, et dont l'article 9 prévoit que « les associations affi-

(1) On trouvera les statuts de la Fédération des Sociétés de la Croix-Marine et les statuts types des Sociétés de la Croix-Marine dans les numéros 1 et 2, juin 1953, p. 27 à 41, de la *Revue pratique de Psychologie de la Vie sociale et d'Hygiène mentale*, 59, rue de Châteaudun, à Clermont-Ferrand.

liées conservent dans le cadre de leurs statuts, leur autonomie de fonctionnement et de gestion. »

Le club Paul-Balvet, qui coordonne et organise toute la vie sociale de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, est étroitement intriqué à tout un système d'assistance extra-hospitalière et ainsi, à tous les points de vue, il est une façon de concilier la tradition administrative aux conditions nouvelles de la thérapeutique.

L'organisation de Saint-Alban, tout en étant une « réalisation modèle d'assistance », est un centre d'expérimentation active. Le fait pour un malade d'être dans une ambiance collective modifie non seulement sa façon d'être, mais également sa façon d'être dans la maladie, et l'école Saint-Albanaise peut ainsi dégager les significations de cette situation beaucoup moins fausse pour le malade que celle d'être dans un bureau médical.

Cependant, on pourrait se demander s'il n'y a pas de danger à trop laisser livrés à eux-mêmes les malades dans le club. Les paranoïaques y jouent en effet un rôle très important, et le « paranoïaque de service » (comme dit l'école Saint-Albanaise) joue même dans les réunions un rôle indispensable tant par l'ordre qu'il y introduit que par le groupement de malades qu'il fait se constituer contre lui ou même autour de lui. Mais les médecins et le socialthérapeute sont évidemment toujours dans la coulisse et le veto médical est prévu. On pourrait alors penser que l'association de malade qui apparaissait d'abord comme un danger est en réalité un leurre, car les tuteurs légaux sont toujours là. L'école Saint-Albanaise est consciente de ces interprétations possibles. Mais le club, pour elle, est le mythe, la démocratie miniature, le microcosme, l'institution qui permet aux malades d'établir des rapports sociaux complémentaires. Le club est là, par sa présence matérielle (locaux, objets, etc.) et par sa présence institutionnelle (réunions, commission, etc.) pour concourir à la solidité de petits groupes de six à huit malades. Comme le dit le

Docteur Ey : « à partir du moment où un malade peut vivre dans un groupe de six à huit personnes, il est normal ». Les clubs, que ce soit l' « Elan retrouvé », l' « Entraide psychosociale » ou le « Club Paul-Balvet », ne visent en définitive qu'à socialiser les malades en assurant la solidité de petits groupes.

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LANNEMEZAN ET L'"AMICALE DES MALADES"

L'organisation de la vie sociale à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan rappelle assez, tant par ses réalisations que par ses bases théoriques, la « thérapeutique plus active à l'hôpital » de Hermann Simon. Le Docteur Ueberschlag [100] expose ainsi les quatre principes de la rééducation du malade :

« 1° Créer autour de lui une nouvelle société qui n'a pas envers lui la rigueur et l'hostilité de la société normale : ce qui supprimera ses réactions agressives;

« 2° Par la « réhabilitation sociale », supprimer les réactions du malade à son propre déficit (refuge dans la maladie, constructions délirantes, etc.) ;

« 3° Tirer parti de ses possibilités résiduelles pour lui rendre sa valeur sociale;

« 4° Rendre au malade sa personnalité en lui rendant sa personnalité morale, c'est-à-dire la responsabilité de ses actes. »

Il y aura ainsi un aspect constructif et un aspect restrictif de la réadaptation; travail, distractions, repos seront encouragés et tout ce qui est asocial : clasticité, cris, gâtisme, etc. doit être supprimé. Les tendances constructives seront récompensées et les tendances destructives seront punies, comme le faisait Hermann Simon à Güterslow.

A l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, la réadaptation par le travail a été aidée par les conditions mêmes de l'établissement. De construction récente puisqu'il a été

ouvert en 1938, et malgré sa conception apparemment satisfaisante, il présentait de graves inconvénients : les bâtiments étaient construits sur un terrain marécageux, ce qui menaçait la construction elle-même et entraînait des infiltrations dans les conduites électriques souterraines.

Le Docteur Ueberschlag commença alors à utiliser le travail des malades pour la construction des bâtiments, et par la suite l'ergothérapie se fit toujours pour l'établissement. La thèse de Theallet [95] présente l'organisation du travail et de la vie sociale à Lannemezan : outre les ateliers classiques (menuiserie, serrurerie, maçonnerie, peinture-plâtrerie-vitrerie, service des automobiles, cuisines, boulangerie-pâtisserie, magasins, dépense, salon de coiffure, buanderie, lingerie, repassage, pharmacie, service des eaux, service des ordures, bureaux, plantons et commis, ménages intérieurs), un certain nombre d'ateliers nouveaux ont été prévus pour le travail occupationnel et récréatif, tant à l'intérieur des pavillons qu'à l'extérieur (atelier de tricotage, sandales, rempaillage et reliure élémentaire au pavillon II des hommes; ateliers d'imprimerie, reliure et grand tissage, au pavillon IV; atelier de matelasserie et fabrication de tapis, au pavillon VI, etc.).

La caractéristique de tous ces ateliers c'est qu'ils travaillent pour l'administration de l'hôpital. La production de ces ateliers est prévue en fonction des besoins de l'établissement, et la variation dans la fabrication impose ainsi aux malades des techniques et des réalisations fréquemment renouvelées, ce qui enrichit la valeur éducative de ces travaux.

Les problèmes que nous avons vu se poser pour la vie économique de l' « Elan retrouvé » ou de l' « Entraide psychosociale féminine d'Eure-et-Loir » ne se posent plus ici, où l'Administration, « bonne mère », pourvoit à tout.

Le club des malades, constitué sous forme d' « Amicale des Malades », Société dont la déclaration a paru au *Journal Officiel* du 29 avril 1951, n'a alors de signification que

par rapport aux activités culturelles. L'amicale publie ainsi dans chaque pavillon des « journaux muraux » qui constituent une « Tribune libre » et qui sont à l'origine d'initiatives heureuses répondant à des besoins. Elle publie un journal *(Minerve)* rédigé par un groupe de malades, et elle comporte un groupe « Art et Théâtre ».

L'Amicale, dont on trouvera les statuts dans la thèse de Theallet (p. 34 à 41), a pour objet :

« Art. 2. — D'alléger le sort des malades séjournant à l'hôpital et de ce fait privés en totalité ou en partie de leur liberté, en leur procurant des distractions honnêtes et aussi variées que possible, de les rééduquer par des occupations proches de leurs occupations professionnelles, de les réadapter à la vie sociale normale par l'usage permanent d'une fonction comportant une responsabilité correspondant à leur degré de maladie, et surtout de maintenir vivant entre eux le sentiment de la dignité humaine. »

L'association est composée de membres fondateurs, de membres titulaires recrutés parmi les infirmiers, moniteurs, les infirmières monitrices et assistante sociale (six d'entre eux constitueront le bureau), et de membres actifs recrutés sur simple demande de leur part parmi les malades hospitalisés à l'hôpital psychiatrique. L'association organise des bals, des kermesses et exploite le lac-piscine, toutes entreprises où se manifeste « une parfaite égalité entre les hospitalisés, le personnel et le public ».

Par l'association, le malade retrouve ainsi sa personnalité morale, organise ses loisirs et communique avec l'extérieur. Le danger, c'est que l'administration absorbe toute la production des malades qui ne vivent pas leur émancipation par rapport à elle.

Le club vit indépendamment du travail des malades qu'il n'intègre pas. Nous avons là une formule qui ne pose pas de problème administratif, mais qui pose seulement le problème du danger de l'intervention administrative dans ces questions de travail thérapeutique. Il semble que ce soit la raison qui fait considérer par certains ce système comme paternaliste.

Conclusions

Les « quatre grands », comme les appelle le Docteur Tosquelles qui espère voir leur fédération, réalisent donc trois formules différentes :

1° *L'indépendance absolue* à l'égard de l'administration pour les Associations des C. T. R. S. de Ville-Evrard et de Bonneval, dont la formule est presque identique;

2° *L'accord parfait* entre l'administration et le club encadré par la section lozérienne de la Ligue d'Hygiène mentale du Centre pour Saint-Alban;

3° *La juxtaposition* d'une administration providence et d'une « Amicale de malades » à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, où le club ne se justifie que par rapport aux activités culturelles.

C'est évidemment la première formule qui est la plus simple, et c'est vers elle que sembleraient devoir s'orienter les textes législatifs; la seconde est parfaite mais elle n'est devenue telle que très progressivement; la troisième peut être critiquée, car elle n'a pas la forme d'un véritable club où les malades vivent leur émancipation.

CHAPITRE II

Autres réalisations

1° L'Hôpital psychiatrique Montperrin d'Aix-en-Provence et l' « Association des Amis du Club Montperrin ».

2° L'Hôpital psychiatrique de Vauclaire et l' « Amicale de Vauclaire ».

3° L'Hôpital psychiatrique d'Auch et le « Comité d'Entraide du Personnel ».

4° L'Hôpital psychiatrique de Leyme et l' « Amicale de Leyme ».

5° Cas particulier : l'Hôpital psychiatrique Marchant et l' « Université psychiatrique ».

Conclusions.

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE MONTPERRIN D'AIX-EN-PROVENCE ET L'"ASSOCIATION DES AMIS DU CLUB MONTPERRIN"

L'organisation de la vie sociale à l'hôpital psychiatrique Montperrin est analogue à celle de Ville-Evrard et de Bonneval.

Le Docteur Beley [5], médecin-chef, précise que « l'ergothérapie psychiatrique *se crée en marchant*, et ce sont les malades eux-mêmes qui doivent faire les pas et la construire ». Et l'histoire de l'ergothérapie à Montperrin est un vivant exemple de cette édification progressive de la vie sociale par étapes successives.

« Tout a commencé chez nous, dit Beley, en octobre 1949, par une baraque abandonnée et en fort mauvais état. » C'est là que le « Cercle » de malades finit par se réunir après la remise en état du local, et l'esprit « club » était né. Le « Club Montperrin » s'organisa avec son bureau, son gérant, ses statuts, sa vie propre, réunissant des malades de plus en plus nombreux, venant de tous les quartiers, dans sa salle de lecture et de jeux, son bar, son boulodrome, son terrain de sport. En juin 1950, l' « Association des Amis du Club Montperrin » était créée afin de « donner son soutien moral et matériel au Club Montperrin dont elle contrôle et assume la gestion financière et qu'elle aide dans son activité de rééducation par les distractions et loisirs en commun » (article premier). « Ne peuvent faire partie de l'association et cotiser que les personnes (employés des

services administratifs, médicaux et généraux; personnalités extérieures) qui ont reçu du bureau du club le titre de membre d'honneur. Ainsi, ce sont les malades eux-mêmes qui, par personnes interposées désignées par eux, participent à l'administration de l'association. Dans la suite, ils enverront des délégués au bureau, chaque fois qu'il sera question de l'organisation d'une fête ou d'une kermesse. »

La vie sociale à Montperrin est ainsi articulée avec l'extérieur et en particulier avec les autres hôpitaux psychiatriques, par l'intermédiaire du journal du club : *Mon petit Perrin.*

Handicapée par l'incendie de la baraque, la vie du club n'en continue pas moins : des cercles de quartiers s'organisent et « l'atelier de bricole » prend de l'extension.

L'agrandissement de cet atelier qui utilisait des malades jusqu'alors entièrement oisifs, pose des problèmes administratifs. La question se pose de savoir qui va procurer l'outillage ou acheter les matières premières, gérer les fonds, utiliser les bénéfices, verser les rémunérations. « L'administration, si elle gère directement l'atelier d'ergothérapie, va se mettre en marge des règles élémentaires de comptabilité : consentant à des « sorties » en matériaux de toutes sortes, elle ne peut envisager aucune récupération puisque, en fait, les objets fabriqués appartiennent aux malades qui les font vendre, et que d'ailleurs les « rentrées » seraient impossibles à comptabiliser. »

Le contrôle de la vente des objets fabriqués ne pouvant donc pas être assuré directement par l'administration, il était urgent de créer une association privée qui prendrait en charge la gestion des ateliers et le contrôle de leur production. Les statuts de « l'Association des Amis du Club Montperrin » furent alors modifiés dans ce sens en novembre 1951. L'association qui assume alors la nouvelle charge de « l'organisation matérielle de la thérapeutique rééducative par le travail dans le cadre de l'hôpital psychiatrique Montperrin » demande une subvention de départ à l'Admi-

nistration de l'hôpital et propose « un accord qui sera approuvé par le Ministère, suivant lequel les locaux et le gros matériel fixe seront fournis par l'hôpital (comme pour des installations thérapeutiques), tandis que l'outillage léger et les matériaux nécessaires aux fabrications seront achetés au fur et à mesure par l'association ». L'Association permet donc, à Montperrin, aux activités sociales de s'exercer indépendamment de l'Administration. Les malades sont réellement compris dans la marche de l'entreprise où le travail thérapeutique, les activités sociales, les groupes de quartiers font partie de la structure de l'hôpital tout entier, « véritable cité de resocialisation ». L'Association des Amis du Club représente, selon la formule du Docteur Beley, « le moteur de toutes les entreprises de réadaptation dans l'hôpital », et c'est dans la mesure où elle assume à la fois l'organisation de la vie sociale à l'hôpital et le travail thérapeutique qu'elle conserve son véritable sens. Il est probable que, dans une nouvelle phase, elle s'articulera d'une manière plus systématique avec les organismes de prévention et de postcure.

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE VAUCLAIRE ET L'"AMICALE DE VAUCLAIRE"

L'hôpital psychiatrique de Vauclaire, installé dans un ancien monastère de Chartreux, sur les bords de l'Isle, comprend un millier de malades répartis en un service d'hommes et deux services de femmes. L'organisation des activités sociales se fait également ici par l'intermédiaire d'une association privée créée en novembre 1951 grâce à l'impulsion du Docteur Oulès. L'association a pour but « de procurer aux déficients mentaux séjournant à l'hôpital ou y ayant séjourné, en même temps qu'à ses membres, des distractions variées susceptibles d'améliorer le sort matériel et moral des malades, d'organiser des occupations susceptibles d'aider à la rééducation professionnelle et à la réadaptation sociale des malades, de maintenir et développer en eux le sentiment de la dignité humaine et de la solidarité ». L'association se compose de membres actifs recrutés parmi les membres et anciens membres du personnel de l'hôpital, parmi les malades ou anciens malades et parmi toutes les personnes qui en feront la demande, de membres titulaires (au nombre de soixante) et de membres honoraires. Elle est placée sous le haut patronage de M. le Préfet de la Dordogne et des membres de la Commission de Surveillance de l'hôpital psychiatrique.

Les réalisations d'ergothérapie de l'association consistent en ateliers intérieurs de menuiserie, de reliure, dessin, radio, composition et impression du journal « Le Moulin de Vauclaire ». Trois pièces servent à ces multiples acti-

vités. Un infirmier moniteur dirige les travaux consistant en confection de tables de fumeurs, boîtes à cigarettes, travailleuses et jouets en bois. Tous ces articles sont fabriqués en vue de la fête annuelle, qui rassemble toute la population du département, et rapportent de 500.000 à 600.000 francs. L'association assure également le rempaillage des chaises et la confection des brosses nécessaires à l'hôpital. Elle donne une existence légale au groupement sportif (éducation physique et basket) et a permis la constitution d'un groupe théâtral et d'une chorale.

Elle ne porte pas préjudice aux ateliers généraux et à la ferme et procure des occupations à des malades qui seraient restés inactifs par ailleurs. Elle donne à la vie sociale des malades une parfaite autonomie et ouvre l'hôpital sur l'extérieur. Elle réalise une formule analogue à celles de Ville-Evrard, Bonneval, Aix-en-Provence.

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE D'AUCH ET LE " COMITÉ D'ENTRAIDE DU PERSONNEL "

L'hôpital psychiatrique d'Auch [1] compte un médecin-directeur, un médecin-chef et 635 malades. Il est situé en bordure de la ville (16.000 habitants) et attenant à l'hôpital général qui ne reçoit pas de « petits et grands mentaux ». Deux services d'admission, hommes (30 places) et femmes (40 places), reçoivent ainsi directement les malades du département (311 admissions en 1953) et font de cet hôpital un service de cure.

A côté des services « utilitaires » (jardin potager, exploitation agricole, ateliers d'artisanat dont une fabrique de sandales à l'intérieur d'une section de malades), des groupes de rééducation pour malades, inadaptés ou profondément déments ont été organisés. Ces malades travaillent alors sous la direction d'infirmières monitrices et font des ouvrages de couture « libres », allant des plus élémentaires aux plus complexes. Quant à la sociothérapie, elle a été surtout organisée depuis 1947-1948. Une équipe de basket-ball a été créée en 1949-1950 et a pu faire des matches avec des équipes de l'extérieur et avec des équipes d'autres hôpitaux psychiatriques. Des équipes de ping-pong, de volley-ball, de boules sont constituées. Un challenge de boules a été organisé en 1954 par l'hôpital qui a mis une coupe en compétition entre diverses Sociétés. Des troupes théâtrales venant de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, de

(1) Tous ces renseignements nous ont été fournis par M. le Dr Lassalle, Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique départemental d'Auch.

l'hôpital psychiatrique Marchant ou d'artistes amateurs de la ville ont également été reçues.

Toutes ces activités se font dans le cadre d'une section spéciale du « Comité d'Entraide du personnel », association qui a été créée en 1943, et qui a donc prévu cette section spéciale pour s'occuper particulièrement de la sociothérapie.

Les recettes proviennent des cotisations, des subventions, de la vente des objets confectionnés, etc. Elles sont utilisées pour venir en aide à certains malades, augmenter le pécule de sortie, contribuer à l'organisation des loisirs, promenades, spectacles à l'extérieur, etc.

Mais un projet d' « Amicale des Malades », qui tendra simplement à une autonomie plus grande dans cette section spéciale du Comité, est à l'étude. En effet, des travaux d'agrandissement et de modernisation vont être entrepris, et l'amélioration du service des agités, actuellement très encombré et dans lequel les thérapeutiques de groupe n'ont pas pu se développer par suite également du manque de personnel, est en route. L'effectif des agents du service médical s'est également augmenté de 27 unités et des infirmiers et infirmières vont être envoyés au « Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation actives ».

Les activités ergothérapiques et sociothérapiques vont donc, à la faveur de la modernisation du service, s'instituer dans le cadre de cette « Amicale de Malades » qui ne fera que donner un esprit plus « club » à l'organisation de la vie sociale des malades encadrés par le « Comité d'Entraide du personnel ».

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LEYME ET L'"AMICALE DE LEYME" (1)

Le travail des malades existe ici depuis la fondation de la Maison de Santé par le Frère Tissot-Hilarion, en 1835. Pour le Frère Tissot, le traitement de l'aliénation mentale était en premier lieu un traitement moral consistant en exercices religieux et, en second lieu, un traitement physique : le travail.

Depuis 1949, sous l'impulsion de Mme le Docteur Zangerlin-Collet, les thérapeutiques collectives par le travail et la sociothérapie prirent la forme d'un club. Mme Zangerlin organisa une amicale des malades, le travail du raphia dans certains quartiers, un foyer, des séances théâtrales, des groupes sportifs, un journal ronéotypé : *La voix des hêtres*. Elle s'efforça d'associer tout le personnel infirmier à cette œuvre. Les délégués de quartiers désignés parmi les malades les plus représentatifs, ou tous les membres de l'Amicale, sont réunis périodiquement au foyer. Les infirmiers, et parfois certains membres de l'administration, participent aux discussions.

Le maniement des fonds se fait sous le contrôle des médecins-chefs et des surveillants et surveillantes. Depuis peu, le receveur de l'établissement détient les fonds et exerce son contrôle. Des comptes détaillés sont fournis aux malades, et les dépenses importantes ne sont engagées qu'après consultation des délégués et des membres de l'Amicale.

(1) Ces renseignements nous ont été fournis par le Docteur Burguet, Médecin-Chef du service des hommes.

L'Amicale étant mixte, toutes les recettes et les dépenses (sauf celles concernant l'ergothérapie) sont également partagées entre les deux services, en particulier en ce qui concerne les activités sociothérapiques (décors de théâtre, etc.). Quand la trésorerie a une certaine aisance, l'Amicale peut secourir les malades individuellement et secourir les anciens malades qui lui font appel.

Un théâtre a été progressivement construit. Trois fois par an, à Pâques, le jour de la kermesse et à Noël, le groupe théâtral donne deux représentations : l'une pour les malades, l'autre pour le public venu des communes voisines.

La kermesse d'été, source principale des revenus de l'Amicale, permet de créer un climat d'étroite collaboration entre malades, personnel médical et personnel des services généraux.

Des ateliers de raphia, de menuiserie, de vannerie, appartiennent à l'Amicale, et les travailleurs, surveillés par un infirmier-moniteur, perçoivent un pourcentage sur la vente. A côté des ateliers ergothérapiques de l'Amicale, le travail des malades pour l'établissement est très actif et exécuté par des équipes de cinq à six malades. Ainsi sont constitués un grand nombre de petits groupes de malades confiés aux différents corps de métiers de l'établissement.

En résumé, la formule de Leyme est très voisine de celle de Ville-Evrard, de Bonneval, etc., et elle permet aux malades d'organiser leur vie collective dans le cadre d'un club, sans porter préjudice à l'établissement et sans se fermer aux contacts extérieurs.

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE MARCHANT ET L'"UNIVERSITÉ PSYCHIATRIQUE"

A l'hôpital psychiatrique Marchant, l'ergothérapie est essentiellement développée sous la forme intellectuelle d'une praxithérapie éducative. « Notre but, dit le Docteur PERRET, est de donner à nos malades les moyens de faire épanouir leur personnalité, afin qu'à leur sortie ils puissent non pas simplement se réadapter à une même vie qui leur a été néfaste, mais avoir les disponibilités et capacités nécessaires pour mieux vivre. » Le système de l' « Université psychiatrique » consiste alors à utiliser la méthode des classes et à considérer le malade comme un étudiant, selon les principes de MARSH.

Cette Université psychiatrique a été inaugurée en mai 1953, en présence du Docteur PERRET. « Près de 200 personnes de toutes fonctions, dit le compte rendu (pensionnaires, infirmiers, médecins, aumôniers, employés), y assistaient. »

Six buts précis furent dévolus à la nouvelle institution :

1° Distraire de façon instructive les pensionnaires et les membres du personnel, tous ensemble réunis dans une atmosphère d'union rappelant la vie normale;

2° Constituer la *forme intellectuelle de l'ergothérapie* pour ceux des pensionnaires dont l'activité habituelle était surtout cérébrale : ils pourront soit professer, soit étudier;

3° Donner à certains de nos camarades un complément de formation théorique et professionnelle afin de faciliter leur reclassement à la sortie. Dans cet ordre d'idées, des cours spéciaux seront donnés aux analphabètes;

4° Constituer un moyen d'investigation psychologique entre les mains des médecins et chercheurs;

5° Travailler à l'élaboration de techniques pédagogiques spéciales pour les déficients, et éventuellement applicables dans la vie courante;

6° Servir de cadre aux cours de formation théorique du personnel.

En ce qui concerne l'organisation de l'Université, l'unanimité s'est faite sur les points essentiels suivants :

1° Les professeurs comme les auditeurs pourront être des personnes quelconques de l'établissement et éventuellement des personnes de l'extérieur. C'est précisément un des caractères fondamentaux de l'institution que de mêler et faire collaborer les diverses fonctions et aptitudes comme dans la vie normale.

2° Afin d'assurer la régularité et l'organisation du travail, il sera élu un Cónseil d'Université présidé par un « Recteur » et qui assurera la gestion en étroite collaboration avec tous.

3° La complexité et l'étendue des tâches dévolues à l'Université nécessiteront la création immédiate de quatre services :

a) Le secrétariat, qui groupera toutes les observations, suggestions et collaborations;

b) Une bibliothèque spécialisée;

c) Un service d'édition autonome. En effet, deux sortes de publications seront faites :

— D'une part, les cours polycopiés;

— D'autre part, les comptes rendus de tous les travaux divers de l'Université;

d) Un service d'études organisera des travaux particuliers concernant les problèmes de psychologie, de pédagogie, etc. Ces travaux feront l'objet de Commissions spéciales dont l'une est déjà en formation.

L' « Université psychiatrique » devient ainsi le centre des activités sociales thérapeutiques à l'hôpital. Ces activités peuvent se répartir sous trois rubriques : conférences, classes, action de rayonnement.

Les conférences n'ont ici de sens que considérées dans leur ensemble et situées dans l'atmosphère générale de la vie de l'hôpital. Y participent alternativement, comme conférenciers, les pensionnaires et les membres du personnel. Au hasard des soixante-dix conférences d'une année sont à retenir des sujets comme : l'orthographe, les actualités de la semaine, René Bazin, Paul Valéry, Don Quichotte, etc. Le nombre moyen d'auditeurs est de 75; des

fiches de séances sont régulièrement établies. Ces conférences ne visent pas tellement à élever le niveau intellectuel général des pensionnaires, qu'à augmenter l'actualisation de leur potentiel mental.

Les classes groupent chacune une quinzaine d'élèves; elles visent à provoquer le réveil mental des adultes, ou à faire bénéficier d'un enseignement élémentaire des sujets jeunes. Ces classes visent à frayer le chemin à la conception de nouvelles formules de séances de groupe plus analytiques de six à huit personnes et qui sont à l'étude à l'Université psychiatrique.

L'action de rayonnement de l'Université consiste en bibliothèque, échanges de vues entre pensionnaires, membres du personnel et personnes de l'extérieur.

Le « Recteur » de l'Université est un pensionnaire de l'établissement. Le Conseil de l'Université, dont la tâche est l'organisation, la coordination et le contrôle des travaux en liaison avec la direction médicale et administrative de l'hôpital, comprend :

1° A sa tête, un membre du personnel spécialement formé et consacré uniquement à l'Université;

2° Un Secrétaire;

3° Des moniteurs pour les diverses activités;

4° Des personnes qui, temporairement, pourront exercer les fonctions de conseillers techniques.

L'Assemblée générale, présidée par le médecin-directeur, étudiera les programmes et le budget.

Les programmes et les auditoires des séances seront prévus en fonction les uns des autres. Le moniteur des séances et le secrétaire des séances assureront sa bonne marche et rédigeront la fiche de séance qui fournira ainsi les documents nécessaires aux recherches psychothérapiques et générales. Chaque élève inscrit aura son dossier scolaire. La formation des cadres de l'Université sera assurée par des séances spéciales données au personnel.

Cette institution s'intègre donc de façon intime dans

l'ensemble de l'action thérapeutique de l'hôpital qui comprend également des équipes de sports, une société théâtrale, un orchestre, une chorale mixte, un groupe de mandolinistes, un journal *(L'Elan)*, une imprimerie, etc.

Mais il est évident que l'ergothérapie étant ici essentiellement intellectuelle, les problèmes économiques que nous avons vu se poser ailleurs ne se posent plus. Cette formule très originale qui centralise les activités thérapeutiques de groupe, est conçue selon la structure d'un club parfaitement intégré à la vie globale de l'hôpital.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Pour conclure cette étude médicale, nous proposerons, après avoir rappelé ce qui a été fait et ce qui s'est fait, un certain nombre de mesures légales ou réglementaires *absolument indispensables* à la poursuite et au développement de *l'exercice des psychothérapies collectives dans les hôpitaux psychiatriques.*

A. — CE QUI A ÉTÉ FAIT

L'occupation des malades dans les établissements pour aliénés, « vieille comme les asiles », a été réglementée. Mais jusqu'à présent les malades ont travaillé pour l'établissement, en vertu du vieux principe qui faisait du travail la rançon de l'assistance. Le malade mental était ainsi maintenu dans un état de dépendance.

Cependant, l'évolution parallèle de l'Hygiène mentale et des psychothérapies de groupe, jointe à la nécessité d'utiliser l'hôpital psychiatrique comme instrument thérapeutique actif, a abouti à la notion de club social thérapeutique, où les malades, groupés autour des médecins, organisent eux-mêmes leurs activités collectives dans le but d'une réadaptation sociale.

Mais les malades mentaux n'ont pas tendance spontanément à former des groupes, leur mentalité étant essentiellement asociale. Les thérapeutiques de groupe, qui visent à actualiser la sociabilité résiduelle ou latente par l'interven-

tion des relations inter-individuelles normales, ne pouvaient être pratiquées que dans la mesure où les malades pouvaient se concevoir comme sujets actifs.

Pour bénéficier réellement de ces thérapeutiques, ils devaient donc vivre leur émancipation par rapport aux autorités de tutelles administratives et médicales. C'est vers cette émancipation éminemment favorable aux thérapeutiques de groupe que visent les clubs maniés par les médecins comme des instruments thérapeutiques. Les clubs tendent en définitive à assurer la solidité de petits groupes qui sont les unités du travail psychothérapique collectif.

Or, la loi de 1838, dépassée à bien des points de vue, puisqu'elle se préoccupe essentiellement de l'internement de l'aliéné et de l'administration de ses biens, ne fait cependant peser sur lui aucune incapacité, s'il est majeur et non interdit. Cet état de droit permet la constitution des clubs en laissant même les malades libres d'adhérer à des associations amicales.

B. — CE QUI S'EST FAIT

Les clubs, en effet, ne peuvent avoir une efficacité réelle que s'ils font partie de la structure même de l'hôpital psychiatrique, tout en gardant une parfaite autonomie de gestion. Leur encadrement par la loi du 1er juillet 1901 leur donne la possibilité d'un large maniement de fonds tout en laissant aux malades leur initiative personnelle.

De telles associations correspondant à ces droits se sont constituées, soit sous forme d'association coiffant un club de malades, soit sous forme d'associations amicales de malades, auquel cas les malades ne font généralement pas partie des Conseils d'administration. Pour certaines associations, il n'y a pas de problèmes par rapport à l'administration de l'hôpital psychiatrique; pour d'autres associations, ces problèmes se posent. Car, que l'association

coiffe un club de malades, ou qu'elle soit composée de malades et d'autres membres, elle vise à constituer dans son sein un groupement de malades tout en faisant éclater les cadres de l'asile et en l'articulant avec les organismes de prévention et de postcure. Les clubs sont, en effet, le complément indispensable des organismes d'Hygiène mentale tout en faisant partie intégrante de l'arsenal thérapeutique psychiatrique. La notion de club finit donc par intégrer l'ergothérapie et la sociothérapie dans une institution thérapeutique greffée sur l'hôpital et ouverte sur la vie extérieure.

Toutes les expériences actuelles tendent à se fédérer. C'est pour elles le moyen de faciliter leur action commune qui est l'organisation des activités sociales à l'intérieur des établissements psychiatriques et la réalisation de l'entraide et de la protection sociale des inadaptés psychiques dans le milieu social.

C'est également pour elles le moyen de préciser aux Pouvoirs Publics le sens que devront prendre les textes administratifs pour permettre la poursuite et le développement des divers types d'expériences entreprises en France.

C. — CE QUI DOIT SE FAIRE

Il résulte en effet de cette étude que, du point de vue pratique, il est nécessaire que des mesures légales ou réglementaires permettent dans les hôpitaux psychiatriques à ces clubs thérapeutiques de se constituer, en précisant **ce qui incombe à l'établissement** *et* **ce qui doit être laissé dans un secteur libre.**

Pour que les clubs puissent vivre dans l'hôpital psychiatrique, il faut :

— Que puisse être créée une association régie par la loi du 1er juillet 1901, dans l'établissement;

— *Que la gestion de cette association soit comptabilisée par l'établissement, à condition cependant que les recettes consistant en subventions versées par l'établissement à l'association (par exemple sur l'article du budget, « distractions et jeux pour les malades », sur le pécule,* **ou mieux** *à titre d'œuvre d'assistance de l'établissement) et en bénéfices venant des travaux des malades (objets fabriqués vendus à l'extérieur), soient utilisées par le club avec une entière liberté, c'est-à-dire que* **les dépenses ne soient pas ordonnées par la direction administrative, mais par le bureau administratif de l'association;**

— *L'utilisation du travail des malades devant être ainsi strictement médicale, il faut que l'administration réduise au minimum son ingérence dans le travail thérapeutique. Il convient pour cela de* **modifier la réglementation du travail dans les hôpitaux psychiatriques,** *selon par exemple le type du règlement intérieur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, proposé par le Docteur Tosquelles : « Le produit du travail des malades appartient à l'établissement, à l'exception du travail fait avec les outils et matériaux appartenant aux malades eux-mêmes »;*

— *On pourrait même légaliser l'état de fait des services du Docteur Sivadon ou du Docteur Henri Ey, dans lesquels l'indépendance est absolue entre l'association et l'administration de l'établissement. A ce sujet, le Docteur Ey pense que cette solution n'est pas entièrement satisfaisante si elle est la plus simple. Bien qu'il faille, selon lui, accorder le maximum d'indépendance à l'association, il lui paraît préférable, en effet (cas de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban ou d'Aix-en-Provence), que l'établissement verse des subventions à l'association dont la gestion serait comptabilisée par lui, afin que le souci de la rentabilité de l'œuvre ne risque pas de faire dévier l'association de son but* **qui exclut toute préoccupation économique;**

Il est nécessaire également que ces associations aient un but bien défini des statuts et une orientation indiscutable,

afin que, comme y insiste le Docteur Daumezon, un jeune médecin des hôpitaux psychiatriques ne risque pas de se faire proposer par les autorités l'équivalent de la Commission de surveillance qui n'envisagerait pas la tâche sous un jour médical. **Une organisation comme la Fédération des Sociétés de Croix-Marine** *pourrait remplir un tel rôle : il suffirait qu'une telle association soit agréée dans chaque établissement.*

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
P. DELMAS-MARSALET.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 Janvier 1955
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ackerman, Nathan W., Group Psychotherapy with Veterans. *Mental Hygiene,* octobre 1946.
2. Balvet, P., Asile et Hôpital psychiatriques. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Montpellier, 1942.
3. Bierer, J., Psychotherapy in Mental Hospital Practice. *Journ. of Ment. Sc.,* septembre 1940.

   Bierer, J., A Self-Governed Patients Social Club in a Public Hospital. *Journ. of Ment. Sc.,* juillet 1941.

   Bierer, J., Therapeutic Social Clubs. H. K. Lewis and C°, London, 1948.

   Bierer, J., Clubs sociaux thérapeutiques. Publication de l'Institut de Psychiatrie Sociale, Londres, 1948. Analyse de L. Marchand. *Ann. Méd. Psych.,* 1950, **2,** 707.
4. Beley, A propos de l'Hygiène mentale. *L'Information psychiatrique,* 1947, n° 1, 7-14.
5. Beley, Naissance de l'ergothérapie à l'hôpital psychiatrique Montperrin d'Aix-en-Provence. *L'Information psychiatrique,* 1954, n° 6, 205-210.
6. Bernard, P., Une expérience de psychothérapie collective à l'hôpital psychiatrique. Le cercle de malades. *Ann. Méd. Psych.,* 1947, **1,** 196.
7. Bernard, P., Les psychothérapies de groupe. *Evol. Psych.,* 1948, **3,** 1-21.
8. Bernard, P., La réadaptation sociale dans les hôpitaux psychiatriques en Angleterre et en Ecosse. (Journal d'un voyage d'étude.) Document de *l'Information psychiatrique,* 1954.
9. Blondel, Ch., La conscience morbide. Essai de psychopathologie générale. Alcan, 2e édit., Paris, 1928.
10. Blondel, M., La pensée (2 volumes). I : La genèse de la pensée et les paliers de son ascension spontanée. Bibliothèque de Philosophie contemporaine. P. U.F., 1934.
11. Bonfiglio, Importance de l'ergothérapie pour la guérison des maladies mentales. *Ann. Méd. Psych.,* 1938, **2,** 645-650.
12. Bonnafé, L., L'hôpital psychiatrique : ce qu'il est, ce qu'il doit devenir. *Pages Sociales,* 1947, 2.
13. Bonnafé, L., Chaurand, A. & Tosquelles, F., Quelques préci-

sions théoriques et pratiques sur le travail des malades : valeur thérapeutique de la qualité, du rendement, de la rémunération. *Ann. Méd. Psych.*, 1947, **1**, 209.

14. Bouchet, Du travail appliqué aux aliénés à l'asile Saint-Jacques de Nantes. *Ann. Méd. Psych.*, 1848, **2**, 301.
15. Bourgeois, P., La réadaptation sociale des tuberculeux. *Collection médico-chirurgicale.* Tuberculose pulmonaire et pleurale. Flammarion, édit., Paris, 1950.
16. Calvet, J., Sur les origines historiques du travail des malades dans les asiles d'aliénés. Thèse (dact.), Paris, 1952.
17. Chanès & Vié, Critiques psychothérapiques des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés. *Ann. Méd. Psych.*, 1944, **2**.
18. Chaurand, A., Introduction à la psychologie de groupe. *Vers l'éducation nouvelle*, 1950, n° 39.
19. Cohen, Robert A., Military Group Psychotherapy. *Mental Hygiene*, janvier 1947.
20. Cosyns-Duret, S., Considérations sur la psychothérapie après lobotomie. *Acta Neurologica* et *Psychiatrica Belgica*, 1954, **5**, 378-387.
21. Daligaut, R., La comptabilité des associations régies par la loi du 1er juillet 1901. Chassang & Cie, édit., Paris, 1948.
22. Daumezon, G., Le travail des malades à l'hôpital psychiatrique. Son utilisation pour améliorer le vieil asile. Rapport présenté à la Commission des Maladies mentales du Comité permanent d'Hygiène sociale. *L'Information psychiatrique*, 1951, 165.
23. Daumezon, G., Le sport à l'hôpital psychiatrique. *Ann. Méd. Psych.*, 1949, **2**, 444.
24. Daumezon, G., L'application pratique des thèses nouvelles en assistance psychiatrique. *L'Information psychiatrique*, 1948, n° 9, 239-246.
25. Daumezon, G., Les fondements d'une psychothérapie collective. *Evol. Psych.*, 1948, **3**, 57-85.
26. Daumezon, G., Les initiatives collectives dirigées, forme de psychothérapie collective. *Ann. Méd. Psych.*, 1948, **2**, 220.
27. Daumezon, G. & Bonnafé, L., Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Genève, 1946.
28. Daumezon, G. & Koechlin, Ph., Psychothérapie française institutionnelle contemporaine. *Anaïs Portugueses de Psiquiatria*, 1952, vol. 4, n° 4, 271-312.
29. Daumezon, G., Ey, H., Fouquet, P., Hamon & Lauzier, J., Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant des hôpitaux psychiatriques. *L'Information psychiatrique*, 1954, n° 9, 340-348.

30. Delage, E., La notion de néo-sociabilité des aliénés. Thèse, Paris, 1940.
31. Doussinet, P., Sous le signe de la Croix-Marine. Edition de la Société d'Hygiène mentale du Centre, Clermont-Ferrand, 1949.
32. Doussinet, P., La récupération professionnelle et sociale des déficients sensoriels et des inadaptés psychiques. *L'Hygiène mentale,* 1950, n° 2, 29-48.
33. Doussinet, P. & Jouvelet, H., Le service public d'Hygiène mentale du Puy-de-Dôme. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Besançon-Neuchâtel, 1950, 619-626.
34. Dumas, G., Une association amicale d'aliénés. *Journ. de psychologie normale et pathologique,* 1909, 466-469.
35. Dupré, E., L'interpsychologie dans les affections mentales. Congrès des aliénistes et neurologistes, Strasbourg, 1920.
36. Dupréel, E., Traité de sociologie générale. Presses Universitaires de France, édit., Paris, 1948.
37. Ey, H., A propos d'une réalisation d'assistance psychiatrique. *Evol. Psych.,* 1952, **3,** 579-582.
38. Ey, H., Rapport annuel, 1953.
39. Ey, H., Réflexions sur l'image d'autrui en psychopathologie. *Cahiers de la Vie Spirituelle,* 1954, 259-271.
40. Ey, H. & Boutillier, H., L'activité thérapeutique dans un service de psychiatrie. *Revue de la Sécurité Sociale,* novembre 1953, 13-19.
41. Esquirol, Des maladies mentales. 2 volumes, Paris, 1838.
42. Follin, S., Eléments d'organisation de club psychothérapique. Dans Raynier et Beaudoin : *L'Assistance psychiatrique française,* 1951, **3,** 471-472.
43. Gaupp, R., Les tendances du développement de la psychiatrie allemande. *Ann. Méd. Psych.,* 1938, **2,** 356-359.
44. Giraud, A., Les sociétés de patronage pour les aliénés sortis guéris ou améliorés des asiles. Congrès annuel de Médecine mentale, La Rochelle, août 1893, 133-293.
45. Girod, R., Attitudes collectives et relations humaines. *P. U. F.,* 1953.
46. Haguenauer, G., Les dix premières années des annales médico-psychologiques. Thèse, Paris, 1953.
47. Hamilton, Donald M., The Psychiatric Hospital as a Cultural Pattern, Chapter in Current Therapies of Personality Disorders. Bernard Glueck, édit., New-York, Grun and Stratton, 1946.
48. L'Hôpital psychiatrique public, Troisième rapport du Comité d'experts de la Santé mentale. *L'Information psychiatrique,* 1954, n° 7, ou *Organisation mondiale de la Santé,* n° 73, 24.

49. Igert, C., Contribution à l'étude des améliorations tardives survenues après interventions psychochirurgicales. Thèse, Paris, 1954.
50. Journées psychiatriques nationales de mars 1945 (conclusions). *L'Information psychiatrique,* 1945, n° 2, 19-21.
51. Journées psychiatriques nationales de 1947 (comptes rendus). *L'Information psychiatrique,* 1947, n° 2, 147-151.
52. Klapman, J. W., Group Psychotherapy : Theory and Practice. Grune and Stratton, édit., New-York, 1946.
53. Koechlin, Ph., Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle. Thèse, Paris, 1951.
54. Koechlin, Ph., Rapport sur l'installation d'un atelier à l'intérieur d'un pavillon de l'hôpital de Maison-Blanche. *L'Information psychiatrique,* 1951, 182.
55. Koechlin, Ph., Schéma de l'utilisation du travail en fonction des niveaux de sociabilité. *L'Hygiène mentale,* 1952, n° 1, 12.
56. Koechlin, Ph., Réadaptation sociale des malades mentaux. *L'Hygiène mentale,* 1954, n° 2, 67.
57. Ladame, C. & Demay, G., La thérapeutique des maladies mentales par le travail. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Genève-Lausanne, 1926, 173-185.
58. Lauzier, J., Bonnafé, L. & Godeau, Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique. *L'Information psychiatrique,* 1949, 18-33.
59. Mans, J., Contribution à l'étude du travail dans les asiles d'aliénés. *L'Aliéniste français,* 1937, n° 2-3, 115-126, 143-155.
60. Marsh, L. C., Group Therapy and the Psychiatric Clinic. *Journ. Nerv. Ment. Dis.,* 1935, **82,** 381-393.
61. Millon, Fargeot & Teulié, Réflexions sur une institution sociothérapique. Le club « Paul-Balvet » de Saint-Alban. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'Hygiène mentale,* 1954, n° 2, 45-56.
62. Minkowski, E., Le caractère thérapeutique de la notion de schizophrénie. *La Schizophrénie,* Desclée de Brouwer, Paris, 179-193.
63. Muller, M., Quelques mécanismes de guérison dans la schizophrénie. *Evol. Psych.,* 1934, **2,** 79.
64. Nourrisson, P., Histoire de la liberté d'association en France depuis 1789. Librairie de la Société du Recueil Sirey, édit., Paris, 1920.
65. Opolon, I., Sur la condition sociale des malades mentaux. Thèse, Paris, 1943.
66. Ozanam, Ch., Associations, syndicats et fondations. Leur formation et leur fonctionnement. Les cahiers administratifs. Recueil Sirey, édit., Paris, 1947.

67. Pagès, M. R., Quelques aspects de la méthode expérimentale en psychologie sociale. *Information sociale,* 1954, n° 7, 771-780.
68. Parchappe, De l'organisation du travail dans les principaux asiles de la Grande-Bretagne et dans l'asile du département de la Seine-Inférieure. *Ann. Méd. Psychol.,* 1848, **1.**
69. Parchappe, Des principes à suivre dans la fondation et dans la construction des asiles d'aliénés. 1853.
70. Paumelle, Ph., Essais de traitement collectif du quartier d'agités. Thèse, Paris, 1952.
71. Pinel, Ph., Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 1809.
72. Pratt, J. H., The Class Method of Treating Consumption in the Homes of the Poor. *Journ. Amer. Medical Association,* 31 août 1907.
73. Pratt, J. H., The Class Method in the Home Treatment of Tuberculosis and What it has accomplished. *American Climatological Association,* 1911, vol. 27.
74. Raynier, J. & Beaudoin, H., L'assistance psychiatrique française. 3 volumes, 3e édition. Le François, édit., Paris.
75. Répond, A., Base scientifique de l'Hygiène mentale. *Ann. Méd. Psych.,* 1936, **2,** 337.
Répond, A., Les bases scientifiques de l'Hygiène mentale. *Ann. Méd. Psych.,* 1937, **2,** 370.
Répond, A., Les problèmes scientifiques et pratiques communs à l'Hygiène mentale, à la psychiatrie et à la prévoyange en faveur des infirmes et des anormaux. *Ann. Méd. Psych.,* 1944, **2,** 84.
Répond, A., Les tâches sociales de la psychiatrie (Jahresbericht des bernischer Irrenhilfsvereins, 1946). *Ann. Méd. Psych.,* 1947, **1,** 453.
76. Rome, Howard P., Military Group Psychotherapy. *American Journal of Psychiatrie,* janvier 1945.
77. Sartre, J. P., L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique. Gallimard, édit., Paris, 1948, 484-503.
78. Scheer, W. M. van der, Principes d'initiation à la thérapeutique par le travail. *Ann. Méd. Psych.,* **1,** 305.
79. Sérieux, P., L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Imprimerie Municipale, Paris, 1903.
80. Simon, Hermann, La psychothérapie à l'asile. *L'Hygiène mentale,* 1933, n° 1.
81. Sivadon, P., Les activités de groupe à l'hôpital psychiatrique. *Ann. Méd. Psychol.,* 1947, **1,** 192.
82. Sivadon, P., La réadaptation sociale des malades mentaux. *Pages sociales,* 1947, n° 37.
83. Sivadon, P., La thérapeutique occupationnelle de l'hôpital psychiatrique. *Tech. hospitalière,* 1948, n° 37.

84. Sivadon, P., Sécurité sociale et assistance psychiatrique. *L'Hygiène mentale,* 1948, n° 1, 111.
85. Sivadon, P., Le centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard. *Ann. Méd. Psych.,* 1949, **1,** 166.
86. Sivadon, P., Le travail des malades à l'hôpital psychiatrique (conditions techniques). *L'Information psychiatrique,* 1951, 157.
87. Sivadon, P., Tendances actuelles de l'assistance psychiatrique aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas. *L'Information psychiatrique,* juillet 1952, 178.
88. Sivadon, P., Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière : le centre de traitement et de réadaptation de Ville-Evrard. *Ann. Méd. Psych.,* 1952, **2,** 329.
89. Sivadon, P. & Baumé, S., Le club de postcure de « L'Elan ». *Ann. Méd. Psych.,* 1952, **1,** 489-492.
90. Sivadon, P., Follin, S. & Tournaud, S., Les clubs sociothérapiques à l'hôpital psychiatrique. *Ann. Méd. Psych.,* 1952, **1,** 484.
91. Sivadon, P. & Koechlin, Ph., Un centre de thérapeutique psychiatrique active. *Revue de la Sécurité Sociale,* novembre 1953, 19-26.
92. Slavson, S. R., Psychothérapie analytique de groupe : enfants, adolescents, adultes. *P. U. F.,* 1953.
93. Strauss, E. B., Strom-Olsen, R. & Bierer, J., A Memorandum on Therapeutic Social Clubs in Psychiatry. *British Medical Journal,* 30 décembre 1944.
94. Teulié, Y., Réflexions sur une institution psycho-thérapeutique : le club Paul-Balvet de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban. Thèse, Toulouse, 1954.
95. Theallet, J. C., Le travail des malades à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan. Thèse, Bordeaux, 1952.
96. Tissot, Occupationaltherapie aux U. S. A. Thèse, Paris, 1937.
97. Tosquelles, F., Intervention au Symposium de Bonneval. *Evol. Psych.,* 1952, **3,** 535-554.
98. Tosquelles, F. & Fanon, F., Indication de la thérapeutique de Bini dans le cadre des thérapeutiques institutionnelles. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Pau, 1953, 550.
99. Toulouse, Mignard & Minkowski, Auto-conduction et schizophrénie. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Genève-Lausanne, 1926, 205-210.
100. Ueberschlag, H., Réadaptation des malades des hôpitaux psychiatriques. *L'Information psychiatrique,* 1954, 98.
101. Vié, J., Le traitement des malades mentaux par le travail. Les idées et les réalisations de H. Simon. *L'Aliéniste français,* 1934, n° 10, 589.
102. Wender, L., Dynamics of Group Psychotherapy and Its Application. *Journ. Nerv. Ment. Dis.,* juillet 1936.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE

L'élaboration médico-juridique des clubs.

CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE. L'ÉLABORATION DE LA NOTION DE CLUB 13

Des précurseurs du XIX[e] siècle à la passivité thérapeutique (p. 14). — Les conceptions d'Hermann SIMON ou la thérapeutique plus active à l'hôpital (p. 15). — KOLB et la notion d'assistance psychiatrique extra-hospitalière (p. 18). — La notion d'Hygiène mentale ou le pont jeté entre l'assistance psychiatrique hospitalière et extra-hospitalière (p. 19). — Les conceptions américaines : la « Group psychotherapy » (p. 21). — Les clubs sociaux thérapeutiques (p. 23). — Conclusion (p. 25).

CHAPITRE II. — PSYCHOPATHOLOGIE ET SOCIOTHÉRAPIE 27

A) *Les clubs et la phénoménologie du « nous »* (p. 28). — Impossibilité pour les aliénés de se concevoir comme « nous-objet » (p. 28). — La notion de néosociabilité des malades mentaux et l'image d'autrui en psychopathologie (p. 30). — La notion de schizophrénie et la notion de « pensée à l'état naissant » (p. 31). — Possibilité pour les malades mentaux de concevoir un « nous-sujet » (p. 32).

B) *Les malades mentaux et les clubs* (p. 34). — Le besoin d'encadrement des malades mentaux (p. 34). — Nécessité d'encadrer les thérapeutiques biologiques par les thérapeutiques institutionnelles (p. 36). — Service de cure et clubs. Intérêt psychosociologique des clubs (p. 37). — Comparaison avec la réadaptation sociale des tuberculeux (p. 42).

Pages

Chapitre III. — Les psychothérapies de groupe et les clubs en face des structures traditionnelles 45

a) *Les structures traditionnelles* (p. 46). — Structure aliénante : le quartier d'agités (p. 46). — Structure sclérosante : le travail des malades appartient à l'établissement (p. 48). — Structure périmée : l'internement, préoccupation essentielle (p. 51).

b) *Le renouvellement de l'assistance psychiatrique : les structures idéales à l'étude* (p. 52). — Les journées psychiatriques nationales (p. 52). — La Commission des problèmes de la Santé mentale et la sous-Commission des Maladies mentales (p. 54).

Chapitre IV. — La réadaptation sociale et les clubs dans le cadre de la loi du 1er juillet 1901 57

a) *Structure des associations* (p. 59). — Capacité des associations (p. 59). — Validité et composition des associations (p. 61). — Comptabilité des associations (p. 63).
b) *Fonctions des associations* (p. 65). — Les relations de l'association avec l'hôpital psychiatrique : le problème du travail des malades (p. 66). — Les relations de l'association avec le monde extérieur : le problème de l'Hygiène mentale (p. 71). — Les relations des associations entre elles : leur fédération (p. 72).

DEUXIÈME PARTIE

Les principales réalisations.

Chapitre premier. — « Les quatre grands » 77
Le Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard et l'association « L'Elan retrouvé » (p. 78). — Le Centre de traitement et de réadaptation sociale de l'hôpital psychiatrique de Bonneval et l'association « Entraide psychosociale féminine d'Eure-et-Loir » (p. 82). — Le « Club Paul-Balvet » de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban et la « Section Lozérienne de la Ligue d'Hygiène mentale du Centre » (p. 94). — L'hôpital psychiatrique de Lannemezan et l' « Amicale des malades » (p. 101).

Chapitre II. — Autres réalisations 105
L'hôpital psychiatrique Montperrin d'Aix-en-Provence et l' « Association des Amis du Club Montperrin » (p. 106).

Pages

— L'hôpital psychiatrique de Vauclaire et l' « Amicale de Vauclaire » (p. 109). — L'hôpital psychiatrique d'Auch et le « Comité d'Entraide du Personnel » (p. 111). — L'hôpital psychiatrique de Leyme et l' « Amicale de Leyme » (p. 113). — L'hôpital psychiatrique Marchant et l' « Université psychiatrique » (p. 115).

Conclusions générales 119

Bibliographie 125

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.